

# AVVISO DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

**Manifestazione d'Interesse rivolta all'individuazione di soggetti con i quali sottoscrivere accordo contrattuale per l'esecuzione delle prestazioni inerenti il test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti – HCV ex D.G.R.T. n. 1538/2022**

L'Azienda USL Toscana Centro di seguito denominata Azienda, rende noto che intende, con il presente Avviso, acquisire manifestazioni di interesse ai fini dell'individuazione di soggetti con i quali stipulare accordi contrattuali per l'esecuzione delle prestazioni inerenti il test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti - HCV, per gli ambiti territoriali di Prato, Firenze, Pistoia ed Empoli.

La manifestazione d'interesse oggetto del presente Avviso è indetta nel rispetto dei principi di imparzialità, economicità, efficacia, trasparenza, proporzionalità, pubblicità, libera concorrenza, non discriminazione e nel rispetto dei vincoli di buona amministrazione come previsto dalla Legge 241/1990, artt. 1 e 12, Legge n. 190/2012 e D. Lgs. n. 33/2013.

## **1. Oggetto e durata dell'accordo**

L'Azienda intende stipulare accordi contrattuali, con soggetti in possesso dei requisiti di ammissione di cui al successivo paragrafo 2, per l'esecuzione delle prestazioni inerenti il test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti - HCV, per gli ambiti territoriali di Prato, Firenze, Pistoia ed Empoli.

L'accordo contrattuale avrà durata dalla data di sottoscrizione al 31.12.2023, con possibilità di proroga.

Le prestazioni saranno remunerate applicando la tariffa omnicomprensiva di € 4,00 per ogni soggetto sottoposto a test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti – HCV, compreso l'acquisizione del consenso informato, l'esecuzione del test rapido sierologico, la registrazione dell'esito tramite l'app regionale specifica.

La stima massima dei soggetti ai quali il test è rivolto, indicata nell'Allegato A) della Delibera G.R.T. n.1538/2022, è pari a n. 402.142.

Il suddetto fabbisogno di prestazioni è riferito all'esecuzione delle prestazioni inerenti il test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti - HCV da effettuarsi secondo le modalità che saranno successivamente concordate con l'Azienda.

Saranno remunerate solamente le prestazioni effettivamente erogate.

## **2. Soggetti ammessi alla procedura oggetto del presente avviso**

Possono partecipare alla presente procedura:

- a) Soggetti in possesso di accreditamento ai sensi della L.R. n. 51/2009 e Regolamento Attuativo Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 79/r del 17.11.2016 e ss.mm.ii..

Con i suddetti soggetti sarà sottoscritto accordo contrattuale ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.Lgs. n. 502/1992, ss.mm.ii.

- b) Soggetti facenti parte del sistema sanitario emergenza urgenza con iscrizione nell'elenco regionale di cui all'art. 76 quinquies della L.R. n. 40 /2005.

Con i suddetti soggetti sarà sottoscritto specifico accordo contrattuale.

Nel caso di presentazione di istanza da parte di Comitati Regionali o altri raggruppamenti, questi devono indicare le associazioni consociate che presteranno il servizio in loro nome e per loro conto, le quali dovranno essere in possesso dei suddetti requisiti e non dovranno aver presentato domanda singolarmente.

### **3. Modalità organizzative e requisiti richiesti**

L'effettuazione dello screening avviene previo invito alla popolazione target (nati dal 1969 al 1989) a mezzo SMS. L'invito sarà inviato dal competente settore regionale.

I test possono essere eseguiti agli aventi diritto anche se privi del suddetto invito, così come previsto dalla DGRT n. 1 del 27/12/2022.. L'elenco degli utenti da invitare ad effettuare il tampone sarà trasmesso dall'Azienda USL Toscana Centro o direttamente dalle Regione mediante specifico portale che sarà reso noto appena operativo.

L'utente, per sottoporsi al test HCV tramite pungidito, dovrà recarsi, nel giorno e nell'orario stabilito, presso il punto indicato. L'esito del test sarà comunicato in massimo 20 minuti.

Il test potrà essere eseguito in autonomia dal soggetto stesso alla presenza di personale incaricato (ad es: volontari) o da personale appartenente ad una professione sanitaria di cui al link <https://www.salute.gov.it/portale/professionisanitarie/dettaglioContenutiProfessionisanitarie.jsp?lingua=italiano&id=808&area=professioni-sanitarie&menu=vuoto&tab=1>.

Il risultato del test verrà registrato sull'app #insalute specificatamente predisposta e immediatamente comunicato all'utente.

Qualora il test fosse positivo il professionista sanitario presente nella struttura comunicherà il risultato del Test POSITIVO inviandolo al MMG che lo inserirà in un percorso dedicato, illustrandone il percorso successivo specificando che il test potrebbe essere anche un falso positivo.

L'Azienda USL Toscana Centro:

- tramite la Farmacia di riferimento, fornisce il materiale per l'effettuazione degli screening, ovvero le "saponette".
- fornisce il contenitore per lo smaltimento dei rifiuti speciali (ROT).

I soggetti interessati a svolgere il servizio dovranno:

- offrire il test agli aventi diritto (popolazione nata tra il 1969 e il 1989) in ogni occasione utile;
- garantire, per ogni postazione, la presenza di almeno un appartenente ad una professione sanitaria di cui sopra, di un operatore sussidiario entrambi dotati dei necessari DPI;
- garantire la disponibilità di materiale per la sanificazione presso ogni postazione, in caso di eventi imprevisti;
- garantire il pieno rispetto della DGRT 1538 del 27/12/2022 e relativi allegati;
- garantire di effettuare gli adempimenti amministrativi di accettazione dell'utente con l'inserimento, sull'app Regionale #insalute, di tutti i dati richiesti.

I soggetti interessati potranno manifestare interesse per uno o più ambiti territoriali.

Gli ulteriori requisiti che i soggetti dovranno garantire per la stipula degli accordi contrattuali sono riportati nel Modello di Domanda, allegato 1 al presente avviso, dove il soggetto interessato inserirà anche le specifiche relative alla propria disponibilità.

Ulteriori specifiche organizzative del servizio richiesto saranno oggetto di comunicazioni trasmesse formalmente dall'Azienda, nonché dell'accordo contrattuale che sarà stipulato, nel quale saranno descritte le modalità di rendicontazione per il successivo riconoscimento economico dei test effettuati.

#### 4. Modalità di presentazione della domanda

I soggetti interessati possono manifestare l'interesse a partecipare alla procedura oggetto del presente avviso entro il seguente termine:

Data: 

16	05	2023
----	----	------

 Ora 

24	00
----	----

Le domande, che devono essere redatte secondo il Modello di Domanda allegato 1 al presente Avviso, devono essere inoltrate, pena esclusione, a mezzo posta certificata PEC all'indirizzo: [convenzionisoggettiprivati.uslcentro@postacert.toscana.it](mailto:convenzionisoggettiprivati.uslcentro@postacert.toscana.it)

Nell'oggetto della mail dovrà essere riportata la dicitura “*Prestazioni screening HCV - Manifestazione di interesse*”.

La validità della mail è subordinata all'utilizzo da parte degli interessati di una casella di posta elettronica certificata istituzionale.

Si chiede di inviare la domanda in formato pdf, inserendo tutta la documentazione in un unico documento.

Il recapito tempestivo delle domande rimane ad esclusivo rischio dei mittenti, restando esclusa qualsivoglia responsabilità dell'Azienda ove, per qualsiasi motivo, gli stessi non dovessero giungere a destinazione in tempo utile.

Il legale rappresentante della Struttura, o un procuratore (in tal caso dovrà essere allegata anche copia conforme all'originale della relativa procura), dovrà apporre la firma in calce alla istanza a pena di esclusione. L'autentica della firma si effettua mediante presentazione, in allegato alla domanda, di copia fotostatica di valido documento di identità del sottoscrittore.

Visto quanto previsto dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000, circa le sanzioni penali previste per le dichiarazioni false, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, la struttura verrà ritenuta non idonea.

Si ricorda che ai sensi dell'art. 15 della L. 183/2011 e della Direttiva del Ministero della Pubblica Amministrazione e della Semplificazione n. 61547 del 22.12.2011, l'Azienda USL Toscana Centro può accettare esclusivamente le dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atti di notorietà. L'Azienda si riserva la facoltà di effettuare controlli sul possesso dei requisiti autocertificati.

#### 5. Valutazione delle domande

Le domande presentate saranno valutate da apposita commissione, sulla base di quanto dichiarato nel Modello di Domanda allegato 1 al presente avviso con particolare riferimento all'ambito territoriale.

Sulla base della suddetta valutazione saranno individuati i soggetti idonei alla sottoscrizione di accordo contrattuale e saranno resi noti con la pubblicazione di delibera del Direttore Generale sul sito web dell'Azienda USL Toscana Centro.

L'Azienda si riserva, a proprio insindacabile giudizio, la facoltà di modificare, sospendere o revocare il presente Avviso, qualora ricorrano motivi di pubblico interesse o disposizioni di legge, senza che in capo alla stessa sorga alcun obbligo specifico in ordine alla prosecuzione dell'attività negoziale.

#### 6. Trattamento dati personali

I dati personali forniti dagli interessati saranno raccolti presso le strutture organizzative dell'Azienda USL Toscana Centro, per le finalità dell'Avviso e trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 196/2003, nonché ulteriori disposizioni integrative e dal Regolamento EU 2016/679.

## **7. Pubblicità**

Il presente Avviso sarà pubblicato per n. 10 giorni consecutivi sul sito web dell'Azienda USL Toscana Centro al seguente indirizzo: [www.uslcentro.toscana.it](http://www.uslcentro.toscana.it) nella sezione Bandi - Concorsi – Avvisi.

## **8. Informazioni**

Per eventuali chiarimenti ed informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi alla SOC Accordi Contrattuali e Convenzioni con Soggetti Privati telefonando, dalle ore 11,00 alle ore 12,30 dal lunedì al venerdì, al seguente numero: 0574 807965.

Il Direttore Generale  
Dr. Paolo Morello Marchese

Firenze, 06.05.2023

**All'Azienda USL Toscana Centro  
SOC Accordi contrattuali e convenzioni con  
soggetti pubblici  
piazza Santa Maria Nuova 1  
50122 Firenze**

### **Domanda di partecipazione**

Il/la sottoscritto/a ..... legale rappresentante di  
....., presa visione dell'Avviso di Manifestazione di  
Interesse, emesso da codesta Azienda per l'individuazione di soggetti con i quali sottoscrivere  
accordo contrattuale per l'acquisizione di prestazioni inerenti il test immunologico rapido  
sierologico per l'individuazione di anticorpi anti - HCV – ambiti territoriali Prato, Firenze, Empoli e  
Pistoia.

### **MANIFESTA L'INTERESSE**

a partecipare all'Avviso emesso dall'Azienda USL Toscana Centro per l'individuazione di soggetti  
con i quali sottoscrivere accordo contrattuale per l'acquisizione di prestazioni inerenti il test  
immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti - HCV - ambiti territoriali  
Prato, Firenze, Empoli e Pistoia.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni false,

### **D I C H I A R A**

sotto la propria personale responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, come  
modificati dalla L. 183/2011:

di essere il legale rappresentante della struttura .....

partita IVA .....

sede legale in ..... via..... n .....

sede della struttura in ..... via..... n .....

indirizzo di posta certificata .....

indirizzo e-mail per comunicazioni inerenti il servizio di cui al presente avviso:

.....

telefono da contattare in riferimento alla presente domanda .....

Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando  
l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento  
del domicilio indicato nella domanda.

**DICHIARA** inoltre:

che la struttura ..... è in possesso di:

- Accredитamento Istituzionale rilasciato dalla Regione Toscana con atto n ..... del ..... ;
- Autorizzazione all'esercizio rilasciata dal comune di ..... estremi del documento .....

*in alternativa:*

- Iscrizione nell'elenco regionale soggetti facenti parte del sistema sanitario emergenza urgenza di cui all'art. 76 quinquies della L.R. n. 40 /2005;

che le prestazioni inerenti il test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti - HCV saranno erogate per l'ambito territoriale di (*indicare per quale ambito/i è la vostra disponibilità e specificare eventuali zone*): .....

di garantire che il servizio sia effettuato secondo le modalità riportate nel paragrafo 3 dell'avviso;

di garantire che l'erogazione delle prestazioni sarà effettuata a cura di personale con idoneo profilo professionale;

di garantire che i professionisti si attengono nell'esecuzione del test a quanto previsto dalla DGRT 1538 del 27/12/2022 e relativi allegati, oltre che ad ogni ulteriore IO o procedura o indicazione data dalla AUSL Toscana Centro;

di accettare l'applicazione della tariffa omnicomprensiva di € 4,00 per ogni soggetto sottoposto a test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti – HCV ed inserito nella piattaforma Regionale #insalute;

di accettare che saranno remunerate esclusivamente le prestazioni effettivamente erogate;

che le prestazioni saranno erogate presso la sede/o spazio pubblico (*indicare indirizzo/luogo preciso*): .....

di poter assicurare il servizio per n. .... giorni settimanali, nella fascia oraria: ....., specificare quali giorni sett.li: ....., fermo restando che la programmazione effettiva del servizio sarà poi concordata con l'AUSL Toscana Centro secondo le esigenze da questa rilevate (*compilare con le specifiche della propria disponibilità*);

di garantire gli adempimenti amministrativi di accettazione dell'utente con l'inserimento, sull'App Regionale #insalute, dei dati relativi a nome, cognome, codice fiscale, data nascita oltre agli altri dati richiesti;

di garantire che sarà tempestivamente comunicato alla AUSL Toscana Centro ogni eventuale variazione della postazione di erogazione del servizio;

che il personale sanitario e assistenziale impegnato nelle attività oggetto dell'avviso non si trova in situazioni di incompatibilità rispetto alla L. 412/91, L. 662/1996 e D. Lgs. 165/2001662/96, fatto salvo eventuali aggiornamenti in merito;

di assicurare l'applicazione di protocolli, nonché disposizioni, fornite dall'Azienda USL Toscana Centro per lo svolgimento delle attività oggetto dell'avviso e/o in materia di sicurezza e sanificazione;

di garantire la rendicontazione delle prestazioni effettuate quotidianamente con le modalità richieste dall'Azienda USL Toscana Centro ed eventualmente l'utilizzo di procedure informatiche in connessione con l'Azienda, se da questa richiesto;

di garantire l'effettuazione del test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti - HCV secondo le modalità organizzative che saranno concordate con l'Azienda;

di essere in possesso di polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti all'attività svolta per conto dell'Azienda con mezzi, strumenti e personale propri della struttura, nonché polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi, (o in alternativa: di impegnarsi all'immediata stipula);

di aver preso visione di tutte le disposizioni dell'avviso e d'impegnarsi a presentare, all'atto di sottoscrizione dell'accordo, eventuale ulteriore documentazione richiesta dall'Azienda USL Toscana Centro ove necessario;

l'assenza di condanne penali o misure di prevenzione o sicurezza per reati contro il patrimonio, la Pubblica Amministrazione, o per reati di tipo mafioso sulla base della normativa vigente;

di essere consapevole che l'Avviso di Manifestazione di Interesse emesso dall'Azienda USL Toscana Centro non costituisce necessariamente impegno per quest'ultima per l'instaurazione di futuri accordi contrattuali.

*Allegare breve relazione con descrizione delle modalità organizzative e protocollo di sicurezza/ sanificazione.*

**Il sottoscritto ....., consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che ogni dichiarazione resa risponde a verità e che tutte le eventuali fotocopie allegate alla domanda di partecipazione all'Avviso sono conformi all'originale in suo possesso. A tal fine allega copia di valido documento di identità ai sensi degli artt. 38, 45 e 46 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.**

Data ..... Firma .....  
la firma in calce alla domanda non deve essere autenticata