

AVVISO DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

Manifestazione d'Interesse rivolta all'individuazione di Enti del Terzo Settore con i quali sottoscrivere accordo contrattuale per un Servizio di Accoglienza, Informazione e Supporto nell'Area Outpatients, presso il Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio – Firenze.

L'Azienda USL Toscana Centro, di seguito denominata Azienda, rende noto che intende, con il presente Avviso, acquisire manifestazioni di interesse finalizzate all'individuazione di Enti del Terzo Settore con i quali stipulare accordo contrattuale per l'acquisizione di un Servizio di Accoglienza, Informazione e Supporto nell'Area Outpatients, presso il Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio - Firenze, in esecuzione della delibera del Direttore Generale n. 934 del 27/07/2023, immediatamente esecutiva ai sensi di legge.

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, dalla Legge n. 190/2012, dal D.lgs. n. 33/2013 e dal D.lgs. n. 117 del 03.07.2017 art. 56, L.R.T. 22 Luglio 2020 n. 65.

1. Oggetto e durata dell'accordo

L'Azienda intende stipulare accordi contrattuali con Enti del Terzo Settore, ai sensi del Decreto Legislativo n. 117 del 03.07.2017 e della L.R.T. n. 65 del 22.07.2020, per l'acquisizione di un Servizio di Accoglienza, Informazione e Supporto nell'Area Outpatients, presso il Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio – Firenze, che si riportano a titolo esemplificativo, ma non esaustivo:

1. Accoglienza/Orientamento dell'Utente all'interno dei Servizi Outpatients;
2. Accompagnamento degli utenti "fragili" verso i Servizi di cui hanno bisogno;
3. Supporto nella risoluzione di piccoli problemi che l'utente incontra all'interno della struttura;
4. Informazioni sulle modalità di prenotazione/erogazione delle prestazioni;
5. Informazioni e Supporto sulle modalità di pagamento delle prestazioni;

Tali attività saranno rese da:

- **Sala d'Attesa Poliambulatorio Leonardo da Vinci:** n. 1 Volontario la mattina e n. 1 il pomeriggio;
- **Sala d'Attesa Endoscopia/Padiglione Vespucci:** n. 1 Volontario la mattina e n. 1 il pomeriggio;
- **Ingresso principale Ospedale:** n. 2 Volontari la mattina e n. 1 il pomeriggio;

Per un totale di n. 4 Volontari nella fascia oraria mattutina e n. 3 nella fascia oraria pomeridiana.

Ulteriori specifiche organizzative del servizio richiesto, saranno oggetto dell'accordo contrattuale che sarà stipulato con il soggetto individuato, in accordo con il Responsabile Gestionale del Servizio o altro suo delegato.

L'accordo contrattuale avrà durata dalla data di sottoscrizione per n. 60 mesi con possibilità di rinnovo per ulteriori 60 mesi.

Il suddetto Servizio sarà svolto per l'Azienda a titolo gratuito.

2. Soggetti ammessi alla procedura oggetto del presente avviso (requisito di ammissione)

Possono partecipare alla presente procedura gli Enti del Terzo Settore in possesso dell'iscrizione prevista dal Decreto Legislativo n. 117 del 03.07.2017, artt. 47 e 101;

Il suddetto requisito deve essere posseduto alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della manifestazione di interesse, da almeno 6 mesi (art. 56 comma 1 D.lgs. n. 117/2017), e deve permanere per tutta la durata dell'accordo contrattuale con l'Azienda. Nelle more dell'operatività del registro unico nazionale del Terzo settore varrà l'iscrizione nei registri speciali delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale esistenti (artt. 54 e 101).

3. Requisiti per la stipula degli accordi contrattuali

Per la stipula degli accordi contrattuali oggetto del presente Avviso, gli enti del Terzo Settore dovranno:

- a) garantire l'erogazione delle prestazioni a cura di personale adeguatamente formato;
- b) garantire la copertura del servizio come specificato al paragrafo 1 del presente avviso;
- c) effettuare il servizio in accordo con Responsabile Gestionale del servizio, Direttore Dipartimento o altro;
- d) garantire il possesso di idonea polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti l'attività svolta per conto dell'Azienda con mezzi, strumenti e personale propri, nonché polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi, esonerando l'Azienda USL Toscana Centro da qualsiasi responsabilità per danni che dovessero verificarsi nell'espletamento dell'attività oggetto del presente Avviso.

4. Modalità di presentazione della domanda

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

Data:

16	08	2023
----	----	------

 Ora

23	59
----	----

Le domande devono essere redatte secondo lo schema esemplificativo "1" riportato in calce al presente Avviso e reperibile sul sito web dell'Azienda USL Toscana Centro all'indirizzo: www.uslcentro.toscana.it nella sezione Bandi – Concorsi - Avvisi, e devono essere inoltrate, pena esclusione, a mezzo posta certificata PEC all'indirizzo: affarigenerali.uslcentro@postacert.toscana.it

Nell'oggetto della mail dovrà essere riportata la dicitura "Manifestazione d'Interesse rivolta all'individuazione di Enti del Terzo Settore con i quali sottoscrivere accordo contrattuale per un servizio di Accoglienza, informazione e supporto nell'Area Outpatients, presso il Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio – Firenze".

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 termine fissato per la presentazione della domanda è perentorio. Non è ammessa la presentazione di documenti oltre la scadenza del termine per la presentazione delle domande.

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.

5. Documentazione richiesta

Nella domanda di partecipazione gli interessati devono indicare in autocertificazione, ai sensi dell'art. 15 della L.183/2011:

- a) gli estremi dell'iscrizione prevista dal Decreto Legislativo n. 117 del 03.07.2017, artt. 56, 47 e 101 ;
- b) elenco del personale dedicato al Servizio presso la Struttura;
- c) presentazione di una relazione relativa l'esperienza e l'organizzazione dell' Ente nell'ambito dell' attività da svolgere, le modalità ed eventuali servizi aggiuntivi, di cui al presente Avviso;

Devono, inoltre, impegnarsi:

- d) a garantire le prestazioni di cui al presente Avviso, paragrafo 1;
- e) ad assicurare la capacità produttiva ed organizzativa per rispondere alla necessità dell'Azienda;
- f) ad accettare che il servizio di cui all'Avviso è svolto a titolo gratuito;
- g) a stipulare, prima della sottoscrizione dell'accordo contrattuale, una polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti l'attività svolta per conto dell'Azienda con mezzi, strumenti e personale propri della struttura, nonché una polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi;
- h) a garantire che il personale che effettuerà le prestazioni oggetto del presente Avviso non si trovi in situazioni di incompatibilità rispetto alla L. 412/91, 662/96 e all' articolo 53 D.lgs. 165/2001;
- i) a garantire una stretta collaborazione con le strutture organizzative dell'Azienda USL Toscana Centro, interessate dal servizio oggetto dell'Avviso;

Infine, devono dichiarare:

- j) di aver preso visione di tutte le disposizioni del presente Avviso e di impegnarsi a presentare, all'atto di sottoscrizione dell'accordo, eventuale ulteriore documentazione richiesta dall'Azienda, ove necessario;
- k) di essere consapevole che il presente Avviso di Manifestazione di Interesse non costituisce necessariamente impegno per l'Azienda di instaurare futuri accordi contrattuali.

La domanda, sottoscritta dal legale rappresentante della Struttura, o procuratore, con allegata la copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità, deve riportare la seguente dicitura, datata e firmata:

"Il sottoscritto (cognome e nome) legale rappresentante/procuratore della struttura....., ai sensi di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 come modificato dalla L. 183/2011, consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che tutte le eventuali fotocopie allegare alla domanda di partecipazione all'avviso sono conformi all'originale in suo possesso e che ogni dichiarazione resa risponde a verità".

Fermo restando 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.

L'Azienda si riserva la facoltà di effettuare controlli sul possesso dei requisiti autocertificati.

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.

Per quanto non previsto dal presente Avviso, si rimanda a quanto stabilito dalle disposizioni di legge e regolamenti in vigore in materia.

6. Valutazione delle domande

Le domande presentate saranno valutate da apposita Commissione composta da 3 Componenti Aziendali, secondo i criteri di seguito specificati:

- a) Esperienza dell' Ente del Terzo Settore nel campo dell' Accoglienza, Informazione e Supporto all'utenza: punti da 0 a 5 ;
- b) Relazione sull'approccio dell' Ente relativamente alla natura del servizio da svolgere, alle modalità ed eventuali servizi aggiuntivi: punti da 0 a 5.
 - Per un totale punteggio complessivo massimo di 10 punti.

7. Graduatoria

Sulla base della valutazione effettuata, secondo i criteri sopra indicati, verrà redatta apposita graduatoria.

Nel caso due soggetti ricevano lo stesso punteggio il servizio di cui al paragrafo 1 al presente Avviso sarà suddiviso equamente.

La graduatoria, approvata con delibera del Direttore Generale, sarà pubblicata sul sito web dell'Azienda USL Toscana Centro all'indirizzo: www.uslcentro.toscana.it nella sezione Bandi-Concorsi- Avvisi.

8. Trattamento dati personali

I dati personali forniti dagli interessati saranno raccolti presso le strutture organizzative dell'Azienda U.S.L. Toscana Centro per le finalità dell'Avviso e trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al D.lgs. n. 196/2003.

La comunicazione dei dati ad altri soggetti pubblici e ai privati verrà effettuata in esecuzione di obblighi di legge, di regolamento e per lo svolgimento delle funzioni istituzionali ai sensi di quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 196/2003 e dalle ulteriori disposizioni integrative e .dal Regolamento EU 2016/679.

9. Pubblicità

Il presente Avviso sarà pubblicato per 15 giorni consecutivi sul sito web dell'Azienda USL Toscana Centro al seguente indirizzo: www.uslcentro.toscana.it nella sezione Bandi – Concorsi- Avvisi.

10. Informazioni

Per eventuali chiarimenti ed informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi alla S.O.C. Affari Generali – tramite mail affarigenerali@uslcentro.toscana.it

Firenze, 02/08/2023

Il Direttore Generale
Dr. Paolo Morello Marchese

**All'Azienda U.s.l. Toscana Centro
S.O.C. Affari Generali
P.zza S. Maria Nuova n. 1
50122 FIRENZE**

Domanda partecipazione

Il/la sottoscritto/a _____ legale rappresentante di _____, presa visione dell'Avviso di Manifestazione di Interesse emesso da codesta Azienda con delibera del Direttore Generale n. 934 del 27/07/2023 per l'individuazione di soggetti del Terzo Settore, con i quali sottoscrivere accordi contrattuali per l'acquisizione di un servizio di Accoglienza, Informazione e Supporto nell'Area Outpatients, presso il Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio - Firenze;

MANIFESTA L'INTERESSE

a partecipare all'Avviso emesso dall'Azienda USL Toscana Centro per l'individuazione di soggetti del Terzo Settore, con i quali sottoscrivere accordi contrattuali per l'acquisizione di un servizio di Accoglienza, Informazione e Supporto nell'Area Outpatients, presso il Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio - Firenze.

DICHIARA

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

- a) Di essere il legale rappresentante di _____;
Partita IVA _____;
con sede legale in _____ Via _____ n. _____;
Tel. _____ Fax _____;
Indirizzo di Posta Certificata _____
- b) di essere in possesso dei requisiti di cui ai paragrafi 2 e 3 dell'Avviso in questione.

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:

- a. che l'Associazione _____ è in possesso dell'iscrizione a _____ n. _____;
- b. che l'Associazione/Cooperativa/etc. _____ erogherà le prestazioni di cui all'Avviso relative all'acquisizione di un servizio di Accoglienza, Informazione e Supporto nell'Area Outpatients, presso il Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio - Firenze, in carico al Dipartimento Rete Ospedaliera.
- c. di assicurare la capacità produttiva ed organizzativa per rispondere alla necessità dell'Azienda;
- d. che il personale impegnato nelle attività oggetto dell'Avviso non si trova in situazioni di incompatibilità rispetto alla L. n.412/91 e alla L. n. 662/96;
- e. di essere in possesso di polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti l'attività svolta per conto dell'Azienda con mezzi, strumenti e personale propri, nonché polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi, (o in alternativa: di impegnarsi a stipulare la suddetta polizza prima della sottoscrizione dell'accordo contrattuale);
- f. 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 U.S.L. Toscana Centro, ove necessario;
- g. 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;
- h. a garantire che il personale che effettuerà le prestazioni oggetto del presente Avviso non si trovi in situazioni di incompatibilità rispetto alla L. 412/91, 662/96 e all' articolo 53 D.lgs. 165/2001;
- i. di prendere atto che, a seguito del controllo effettuato dall'Azienda U.S.L. Toscana Centro su quanto dichiarato rispetto al precedente punto, in caso di non veridicità il contratto sottoscritto è soggetto a risoluzione;
- j. 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.

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. 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 _____ (1)

Nota 1 : la firma in calce alla domanda non deve essere autenticata

PROGETTO “ ACCOGLIENZA E ORIENTAMENTO UTENTI IN AREA OUTPATIENTS”

OGGETTO: PROGETTO PER ATTIVITA' DI ACCOGLIENZA, INFORMAZIONE E SUPPORTO NELL' AREA OUTPATIENTS

L'attività relativa al progetto consisterebbe nel fornire agli utenti, integrandosi con le risorse interne (front-office e servizi ambulatoriali), il supporto e le informazioni necessarie per l'orientamento nei percorsi e per la fruizione delle prestazioni sanitarie e amministrative all'interno del presidio.

Il contributo dei volontari, integrati con il personale ospedaliero, potrà permettere agli utenti di ricevere accoglienza e informazioni in modo più dettagliato, personalizzato e umanizzato nonché supporto nell'espletamento delle formalità burocratiche richieste per l'accesso ai servizi sanitari.

Il contributo delle associazioni permetterà di ricevere il cittadino ponendosi in ascolto attivo, rilevare rapidamente i suoi reali bisogni ed identificare le sue esigenze, garantire una corretta e mirata informazione e orientamento nell'accesso all'Area dei servizi, dare informazioni sui servizi offerti dall'Azienda e sulla loro modalità di accesso, promuovendo la consultazione di opuscoli e del sito Web aziendale dal quale scaricare moduli e ricevere informazioni aggiornate, aiutare nell'informazione sulle nuove modalità di accesso ai servizi e prenotazioni ambulatoriali.

Le aree di interesse e i fabbisogni sono i seguenti:

Sala d'attesa poliambulatorio Leonardo da Vinci: 1 volontario la mattina e 1 il pomeriggio

Sala d'attesa Endoscopia/Padiglione Vespucci: 1 volontario la mattina e 1 il pomeriggio

Ingresso principale Ospedale : 2 la mattina e 1 il pomeriggio

MOTIVAZIONE: MIGLIORARE IL PERCORSO DI ACCOGLIENZA DEGLI UTENTI NON RICOVERATI CONTRIBUENDO AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA E AL RISPETTO DEL DIRITTO ALLA SALUTE E ALLA COMPLETA E CORRETTA INFORMAZIONE

OBIETTIVI specifici:

- accoglienza/orientamento dell'utente all'interno dei servizi outpatient
- accompagnamento degli utenti “fragili” verso i servizi di cui hanno bisogno
- supporto nella risoluzione di piccoli problemi che l'utente incontra all'interno della struttura
- informazioni sulle modalità di prenotazione/erogazione delle prestazioni
- informazioni e supporto sulle modalità di pagamento delle prestazioni

Per le finalità del progetto, l'azienda USL TC si impegna a svolgere specifica attività formativa e di aggiornamento per il personale delle associazioni di volontariato

DURATA: 5 ANNI

COPERTURA DI SPESA: Le Associazioni di volontariato si integreranno con le risorse ospedaliere a titolo gratuito.

In base alla competenza della materia:

Alla Direzione Amministrativa/

SCHEDA FABBISOGNO

per richiesta convenzioni, protocollo d'intesa, accordo quadro
(acquisizione prestazioni sanitarie, socio sanitarie, non sanitarie
da soggetti pubblici, o da soggetti privati accreditati, o da enti del terzo settore)

Dipartimento Richiedente: Direzione Rete Ospedaliera

Direttore Dr. Lucilla Di Renzo

Struttura Proponente: Direzione Sanitaria Presidio San Giovanni di Dio

Direttore Dr. Simone Naldini

Oggetto della proposta: Proposta per la realizzazione di un progetto per attività di accoglienza, informazione e supporto nell'Area Outpatients

Finalità : Acquisizione prestazione Servizio Altre attività
 Continuità attività esistente, con /o senza maggior oneri Sì No
 Altro (specificare) **Attività di volontariato a titolo non oneroso**

Motivazione: Migliorare il percorso assistenziale dei utenti non ricoverati, contribuendo al miglioramento della qualità dell'assistenza a al rispetto del diritto alla salute e alla completa e corretta informazione.

Obiettivi: Accoglienza e orientamento dell'utente, accompagnamento degli utenti fragili verso i servizi, supporto nella risoluzione dei piccoli problemi, informazioni su prenotazione/erogazione delle prestazioni e sulle modalità di pagamento.

Dettaglio fabbisogno: (compilare scheda allegato 1 ed eventuale relazione dettagliata)

Dati Contraente/Fornitore Accreditato indicare:

Struttura Convenzionata SI NO

Associazione di Volontariato Enti Terzo Settore Altro
 individuato secondo i seguenti criteri e modalità _____

Soggetto terzo da individuare secondo i seguenti criteri e modalità _____

Durata: Dal 01/07/2023 Al 30/06/2028

Copertura della Spesa: SI NO

Per verificare la copertura di spesa si invita a prendere contatto con le strutture amministrative che sono di supporto all'attività contrattuale. Nel caso di importo superiore al budget anno precedente e/o nuova spesa dovrà esserne data indicazione nell'Allegato (1) e nella eventuale relazione. In caso di spesa con utilizzo di finanziamenti indicare sempre fonte e decreti di erogazione della suddetta relazione.

Il Direttore Struttura Proponente (timbro e firma) _____

Dr. SIMONE NALDINI
Direttore

Direttore Dipartimento Richiedente (timbro e firma) _____

Si autorizza la richiesta sopra riportata e la conseguente stipula degli atti di convenzionamento
DIRETTORE SANITARIO o DIRETTORE AMMINISTRATIVO o DIRETTORE SERVIZI SOCIALI
(timbro e Firma)

TIPOLOGIA SERVIZIO*:

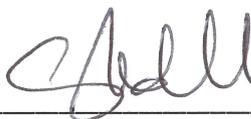
- Specialistica Ambulatoriale
- Riabilitazione
- Case di Cura
- Servizio Integrativo
- Altro (SPECIFICARE) **Attività di volontariato**

INDICARE :

- Volume prestazionale** n. 4 volontari nella fascia oraria mattutina e n. 3 nel pomeriggio
- Volume economico **** NO
- Nuova spesa rispetto alla spesa storica** SI NO
- Rimborso mensile/annuo/orario** _____
- Responsabile (sanitario, sociale ecc.) della gestione contratto** Dr. Simone Naldini

Data 15.06.2023

Il Direttore Struttura Proponente (timbro e firma) _____



AZIENDA USI TOSCANA CENTRO
S.O.S. DIREZIONE SANITARIA
P.A. San Giovanni di Dio - Firenze
Il Direttore
DR. SIMONE NALDINI

Direttore Dipartimento Richiedente (timbro e firma) _____

Conferma copertura di spesa: SI NO

Il Direttore Dipartimento Amm.ne Pianificazione Controllo di Gestione (timbro e firma) _____

* Allegare (ove necessario) Relazione /Scheda che contenga le modalità di esecuzione delle attività (es. numero accessi settimanali o mensili/orari/tipologia e numero di personale coinvolto/luogo di esecuzione/tipologia di prestazione, etc.) e nel caso di proroga o di riproposizione della convenzione è necessaria una nota che descriva il positivo andamento delle attività svolte e la sussistenza delle condizioni di non possibile reinternalizzazione delle attività convenzionate.

** Indicare la spesa prevista. Nel caso questa non sia già individuata, avvalersi del supporto della struttura amministrativa per effettuare il calcolo sulla base della tipologia e del numero di prestazioni riportate nella presente scheda e/o nella relazione.

In caso di spesa con utilizzo di finanziamenti indicare sempre fonte e decreti di erogazione.