

AVVISO DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

Avviso di manifestazione d'interesse rivolta a strutture private accreditate interessate alla sottoscrizione di accordo contrattuale per prestazioni ambulatoriali e domiciliari di recupero e riabilitazione funzionale per persone adulte con disabilità psichica da cerebrolesioni acquisite dell'ambito territoriale di Firenze

L'Azienda USL Toscana Centro, di seguito denominata Azienda, rende noto che intende, con il presente avviso, individuare strutture accreditate per prestazioni ambulatoriali e domiciliari di recupero e riabilitazione funzionale per persone con disabilità psichica, propriamente detta ed estensivamente intesa, quale esito di grave cerebrolesione acquisita, dell'ambito territoriale di Firenze, ai fini della stipula di un accordo contrattuale, in esecuzione della delibera del Direttore Generale n. 683 del 10.06.2025, esecutiva ai sensi di legge.

La manifestazione di 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 e ss.mm.ii., artt. 1 e 12, Legge n. 190/2012, D. Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii., D. Lgs. 502 del 30/12/1992 comma 1bis che prevede che la stipula di accordi contrattuali avvenga mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di avviso contenente criteri oggettivi di selezione che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare;

1. OGGETTO E DURATA ACCORDO CONTRATTUALE

L'Azienda USL Toscana Centro intende stipulare accordo contrattuale, per prestazioni ambulatoriali e domiciliari per utenti con disabilità psichica, propriamente detta ed estensivamente intesa, quale esito di grave cerebrolesione acquisita, dell'ambito territoriale di Firenze, ai sensi dell'art. 8 quinquies del D. Lgs.vo 502/1992 e ss.mm.ii., come di seguito specificato:

Le prestazioni di cui al presente avviso sono destinate a utenti adulti della SOSD Centro Cerebrolesioni Acquisite.

La struttura deve essere ubicata nel Comune di Firenze.

Il tetto finanziario max complessivo è il seguente:

- ✓ € 60.000,00 per l'anno 2025
- ✓ € 120.000,00 per l'anno 2026 (tetto max annuo).

Il contratto avrà decorrenza dalla data di sottoscrizione con scadenza 31.12.2026 e possibilità di proroga di n. 12 mesi.

2. TARIFFE

Per le prestazioni oggetto del presente avviso sono applicate le tariffe di cui alla D.G.R.T. n. 1476/2018 come di seguito:

- ✓ prestazioni ambulatoriali complesse adulti € 54,25
- ✓ prestazioni ambulatoriali altro adulti € 44,90
- ✓ prestazioni domiciliari adulti € 56,59

Saranno retribuite esclusivamente le prestazioni effettivamente erogate.

3. SOGGETTI AMMESSI ALLA PROCEDURA OGGETTO DEL PRESENTE AVVISO (requisito di ammissione)

Possono partecipare alla presente procedura le strutture in possesso dell'accreditamento, in riferimento alla come da Regolamento n. 79R del 17.11.2016 e n. 90R del 16.09.2020.

I requisiti devono essere mantenuti per tutta la durata dell'accordo contrattuale con l'Azienda.

4. REQUISITI PER LA STIPULA DI ACCORDO CONTRATTUALE

Per la stipula dell'accordo contrattuale, oggetto del presente avviso, le strutture dovranno:

- Essere in possesso di autorizzazione ed accreditamento;
- Avere sede operativa ubicata nel comune di Firenze;
- Essere in possesso di idonea polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti l'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 a stipulare la suddetta polizza prima della sottoscrizione dell'accordo contrattuale)*, esonerando l'Azienda USL Toscana Centro da qualsiasi responsabilità per danni che dovessero verificarsi nell'espletamento dell'attività oggetto del presente Avviso, con copertura da mantenere per almeno 10 anni *(copia della polizza dovrà essere consegnata all'ASLTC al momento della sottoscrizione della convenzione)*;

5. MODALITA' OPERATIVE

La struttura dovrà assicurare le prestazioni ambulatoriali e domiciliari dirette al recupero funzionale dell'utente secondo il PTRI (Piano Terapeutico Riabilitativo Individuale) predisposto dalla struttura ASLTC competente, o validato dall'ASLTC se redatto dalla struttura.

Nel PTRI dovranno essere descritti diagnosi, tipologia degli interventi, numero di prestazioni da erogare e verifiche.

Sulla base del PTRI, dovranno essere garantite prestazioni ambulatoriali e/o domiciliari per valutazioni neuropsicologiche, riabilitazione cognitiva individualizzata (anche con sistema informatizzato e neurotecnologia - software e strumentazioni - di psicofisiologia applicata), interventi psico-socio-educativi, accompagnamento al reinserimento socio-lavorativo, supporto psicologico ad utenti con esiti di grave cerebrolesione e loro familiari o care/givers, focus groups multidisciplinari settimanali (GOM) presso le sedi dell'AUSLTC (in VDC se necessario).

Tra i requisiti organizzativi è richiesta la presenza delle seguenti figure professionali: psicologo clinico, psicoterapeuta, psicologo con formazione professionale prevista per poter effettuare valutazioni neuropsicologiche.

Per le prestazioni ambulatoriali dovrà essere garantita l'apertura almeno n. 5 giorni la settimana.

La struttura dovrà provvedere, come da indicazioni dell'ASLTC, alla refertazione delle prestazioni per la SOSD Centro Cerebrolesioni Acquisite, alla rendicontazione delle prestazioni, alla registrazione dei dati di attività su specifico programma web e l'invio dei dati alla Regione Toscana.

L'ASLTC effettuerà controlli sul corretto funzionamento della struttura per le prestazioni oggetto dell'accordo contrattuale.

6. MODALITA' 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:

26	06	2025
----	----	------

 Ora:

12	00
----	----

Le domande devono essere redatte secondo lo schema *Modello di Domanda* riportato in calce al presente avviso, allegando la Dichiarazione Sostitutiva di Affidabilità Giuridico Economico Finanziaria.

Le domande devono essere inoltrate, a mezzo posta certificata PEC, al seguente indirizzo: avvisi.uslcentro@postacert.toscana.it

Nell'oggetto della mail dovrà essere riportata la dicitura *“Manifestazione di interesse per prestazioni ambulatoriali e domiciliari per persone con disabilità da cerebrolesioni acquisite ambito 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 file.

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 dell'istanza è perentorio. Non è ammessa la presentazione di documenti oltre la scadenza del termine per la presentazione delle domande.

Il legale rappresentante della struttura accreditata (o procuratore) 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.

7. DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

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

- il numero e la data dell'autorizzazione e del decreto di accreditamento rilasciato dalla Regione Toscana, allegando copie;
- l'elenco del personale, con la specifica del profilo professionale l'iscrizione all'albo professione ove prevista;
- Dichiarazione di affidabilità giuridico economico finanziaria (*allegato allo schema di domanda*)

Devono, inoltre, impegnarsi:

- ad effettuare le prestazioni di cui all'avviso nella struttura posta nel Comune di in via
- ad accettare l'applicazione delle tariffe riportate nell'avviso;
- a garantire, in riferimento alle prestazioni ambulatoriali oggetto dell'avviso, l'apertura per n. 5 giorni sett.li;
- garantire di concordare con l'Azienda eventuali periodi di chiusura per ferie;
- a garantire che il personale sanitario e addetto all'assistenza che effettuerà le prestazioni oggetto del presente avviso non si trovi in situazioni di incompatibilità rispetto alla L. 412/91 e 662/96.
- ad accettare le ulteriori specifiche organizzative del servizio richiesto, che saranno oggetto dell'accordo contrattuale che sarà stipulato ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.lgs n. 502/1992 e ss.mm. ii..

Infine, devono dichiarare:

- di essere in possesso di (oppure di impegnarsi 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;
- 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 dalla 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 prendere atto che l'Azienda non sottoscriverà contratto laddove il soggetto che ha presentato istanza abbia dimostrato significative e persistenti carenze nell'esecuzione di precedenti contratti che ne hanno causato la risoluzione per inadempimento, ovvero condanna al risarcimento del danno o altre sanzioni comparabili;
- di prendere atto che l'Azienda non è tenuta al pagamento di prestazioni rese al di fuori del budget assegnato, ovvero il superamento del tetto assegnato non garantisce alcuna pretesa creditizia da parte della struttura;
- 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 accordi contrattuali.

La domanda, sottoscritta dal legale rappresentante della struttura e con allegata la fotocopia fronte retro di un valido documento di identità del sottoscrittore, dovrà riportare la seguente dicitura, datata e firmata:

"Il sottoscritto (cognome e nome) legale rappresentante 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 allegate 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.

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 POTRA' ACCETTARE ESCLUSIVAMENTE LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI O DI ATTI DI NOTORIETA'.

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

8. VALUTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande presentate saranno valutate da una Commissione secondo i seguenti criteri di valutazione, fermo restando quelli di cui alla normativa per l'accreditamento:

- Ubicazione struttura e accessibilità - *valutazione da 0 a 15 punti*
- Personale in dotazione (elenco, curricula, iscrizione albo prof.le)- *valutazione da 0 a 25 punti.*
- Esperienza maturata nel settore – *valutazione da 0 a 25 punti.*

Nel caso pervengano più istanze, sulla base della valutazione effettuata secondo i criteri sopra indicati, verrà redatta apposita graduatoria.

Nel caso due strutture ottengano il medesimo punteggio, le prestazioni e il tetto finanziario saranno suddivisi in parti uguali.

L'esito della valutazione sarà approvato con delibera del Direttore Generale, pubblicata sul sito web dell'Azienda USL Toscana Centro.

Con la/e struttura/e individuata/e sarà sottoscritto l'accordo contrattuale, ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs.vo 502/1992 e smi.

9. 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 e ulteriori disposizioni integrative e dal Regolamento EU 2016/679.

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

L'Azienda USL Toscana Centro 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 per i partecipanti al presente avviso insorga alcuna pretesa o diritto.

Per quanto non previsto dall'avviso si fa riferimento alle disposizioni di legge e regolamenti in vigore.

Il presente avviso sarà pubblicato per n. 15 giorni sul sito Web dell'Azienda USL Toscana Centro all'indirizzo **www.uslcentro.toscana.it** sezione Bandi-Concorsi- Avvisi.

Per eventuali chiarimenti ed informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi alla S.O.S. Procedure amministrative privato accreditato - Piazza Ospedale n. 5 – Prato, telefonando dalle ore 11.00 alle ore 12.30 dal lunedì al venerdì al seguente numero: 0574-807965.

Ulteriori specifiche organizzative del servizio richiesto saranno oggetto dell'accordo contrattuale che sarà stipulato ai sensi dell'art. 8 quinquies del D. Lgs.vo 502/1992 e ss.mm.ii.

Il Direttore Generale
Ing. Valerio Mari

Firenze, 11.06.2025

ALL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO
S.O.S. Procedure amministrative privato accreditato
P.za S. Maria Nuova n. 1
50122 FIRENZE

Domanda partecipazione

Il/la sottoscritto/a legale rappresentante della struttura
....., presa visione dell'avviso di
manifestazione di interesse prestazioni ambulatoriali e domiciliari di recupero e riabilitazione funzionale
per persone con disabilità psichica da cerebrolesioni acquisite dell'ambito territoriale di Firenze, approvato
da codesta Azienda con Delibera del Direttore Generale n. 683 del 10.06.2025, per la sottoscrizione di
accordo contrattuale;

MANIFESTA L'INTERESSE

a partecipare all'avviso emesso dall'Azienda USL Toscana Centro per l'individuazione di struttura/e per
prestazioni ambulatoriali e domiciliari di recupero e riabilitazione funzionale per persone con disabilità
psichica da cerebrolesioni acquisite dell'ambito territoriale di Firenze.

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 DPR 445/2000, come modificati
dalla L. 183/2011:

Di essere il legale rappresentante di

Partita IVA

Sede legale in via..... n

Sede della struttura in via n

Telefono per comunicazioni inerenti l'avviso

Indirizzo e- mail per comunicazioni inerenti l'avviso

Indirizzo di posta certificata

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/e struttura posta in
..... via n
è in possesso di:

- ✓ Autorizzazione all'esercizio rilasciata dal Comune di con
atto numero del (allegare copia);
- ✓ Accredito Istituzionale rilasciato da con atto
numero del (allegare copia);

che la suddetta struttura garantirà le prestazioni ambulatoriali e domiciliari di cui all'avviso;

di accettare l'applicazione delle tariffe riportate nell'avviso;

di garantire, in riferimento alle prestazioni ambulatoriali, l'apertura n. 5 giorni settimanali con il
seguente orario:

di garantire di concordare con l'Azienda eventuali periodi di chiusura per ferie;

di assicurare la capacità produttiva ed organizzativa per rispondere alla necessità dell'Azienda;

che presso la struttura è garantito il personale sanitario e assistenziale come da elenco allegato
all'istanza;

che il personale sanitario e assistenziale impegnato nelle attività oggetto dell'avviso non si trova in
situazioni di incompatibilità rispetto alla L. 412/91 e 662/96;

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 della struttura, nonché polizza assicurativa per
responsabilità civile verso terzi, come al paragrafo 4 dell'avviso (*in alternativa*: di garantire di impegnarsi a
stipulare prima della sottoscrizione dell'accordo contrattuale);

di aver preso visione di tutte le disposizioni dell'avviso e d'impegnarsi a presentare all'atto di
sottoscrizione dell'accordo l'eventuale ulteriore documentazione richiesta dalla 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, nonché
quanto alla dichiarazione di affidabilità giuridico economico finanziaria allegata all'istanza;

di prendere atto che, a seguito del controllo effettuato dall'Azienda USL Toscana Centro su quanto
dichiarato rispetto al precedente punto, in caso di non veridicità il contratto sottoscritto è soggetto a
risoluzione;

di prendere altresì atto che l'Azienda non sottoscriverà contratto laddove il soggetto che ha presentato
istanza abbia dimostrato significative e persistenti carenze nell'esecuzione di precedenti contratti che
ne hanno causato la risoluzione per inadempimento, ovvero condanna al risarcimento del danno o
altre sanzioni comparabili;

di prendere atto che l'Azienda non è tenuta al pagamento di prestazioni rese al di fuori del budget assegnato, ovvero il superamento del tetto assegnato non garantisce alcuna pretesa creditizia da parte della struttura;

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.

SI ALLEGANO:

- ✓ Descrizione ubicazione struttura e accessibilità;
- ✓ Elenco del personale, con la specifica del profilo professionale e dell'iscrizione all'albo professionale ove prevista, nonché curriculum;
- ✓ Esperienza maturata nel settore di cui all'avviso;
- ✓ Dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico economico finanziaria (*allegato allo schema di domanda*).

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

Manifestazione d'interesse rivolta alla sottoscrizione di accordi contrattuali per prestazioni ambulatoriali e domiciliari di recupero e riabilitazione funzionale per persone con disabilità psichica da cerebrolesioni acquisite dell'ambito territoriale di Firenze

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI AFFIDABILITÀ GIURIDICO-ECONOMICO-FINANZIARIA
(ai sensi del DPR n. 445/00 e ss.mm.ii. artt. 46 e 47)**

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____

Via _____ n. _____

[*per le persone giuridiche*] legale rappresentante di:

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità (sbarrare i riquadri che interessano e riempire i campi vuoti con i propri dati:

Dichiara

- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio,
- che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A.;
- di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;

per le persone giuridiche

|_ | di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:

INPS _____ matricola _____ sede di _____

INAIL _____ matricola _____ sede di _____

Altro Istituto: _____ ;

|_ | di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato;

|_ | di essere in regola, ove tenuto, con gli obblighi di cui alla L. 68/99 in merito al diritto al lavoro dei disabili. L'ufficio competente è: _____,

|_ | (*per le cooperative*) di applicare il contratto collettivo di lavoro anche per i soci della cooperativa.

|_ | di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato;

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

N.B. allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.