

## AVVISO DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

### Manifestazione d'Interesse rivolta all'individuazione di soggetti con i quali sottoscrivere accordo contrattuale per l'acquisizione di prestazioni di tamponi COVID 19 in modalità drive-through

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'acquisizione di prestazioni di tamponi orofaringei COVID19 in modalità drive-through, per gli ambiti territoriali di Firenze, Prato, Pistoia e Empoli, come da delibera D.G. n. 1137 del 05/10/2020, 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, 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'acquisizione delle prestazioni di tamponi orofaringei COVID 19 in modalità drive-through, per gli ambiti territoriali di Firenze, Prato, Pistoia e Empoli.

L'accordo contrattuale avrà durata di n. 6 mesi, con possibilità di proroga.

Si prevede l'acquisizione complessiva di una stima di circa n. 390.000 prestazioni di prelievo tampone orofaringeo COVID 19 in modalità drive-through, per un tetto finanziario complessivo massimo di € 4.290.000,00

Le prestazioni saranno remunerate applicando la tariffa onnicomprensiva di € 11,00 a tampone. 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.

### 3. Modalità organizzative e requisiti richiesti

L'effettuazione del tampone avviene previo invito dell'utente.

L'elenco degli utenti da invitare ad effettuare il tampone sarà trasmesso dall'Azienda USL Toscana Centro, o direttamente dalle Regione mediante il Portale *ZeroCode* di prossima attivazione.

L'utente dovrà recarsi, nel giorno e nell'orario stabilito, presso il punto prelievo drive through con la propria autovettura a finestrini chiusi e posizionandosi, se non è il guidatore, alla sinistra del sedgiolino posteriore, dovrà mostrare all'operatore sussidiario del servizio il documento di identità dal finestrino chiuso, dopodiché, solamente dopo aver avuto specifica indicazione, potrà abbassare il finestrino affinché l'infermiere possa effettuare il tampone. Al termine dell'operazione, il paziente dovrà immediatamente chiudere il finestrino e tornare al proprio domicilio.

L'Azienda USL Toscana Centro:

- tramite il Laboratorio individuato, fornisce il materiale per l'effettuazione dei prelievi, ovvero il tampone.
- fornisce il contenitore per lo smaltimento dei rifiuti speciali (ROT).
- trasmette i referti attraverso il Portale Regionale, (la trasmissione dell'esito è in capo ai Medici di Medicina Generale).

I soggetti interessati a svolgere il servizio dovranno:

- contattare gli utenti e comunicare loro data, orario e modalità di accesso al servizio;
- garantire, per ogni postazione, la presenza di un infermiere prelevatore, di un operatore sussidiario – entrambi dotati dei necessari DPI - e di unità logistica mobile che deve essere collocata all'aperto, possibilmente in prossimità di un'area parcheggio e di eventuale tettoia per proteggere l'operatore e l'utente dalle intemperie, oppure può essere allestito gazebo;
- garantire di apporre cartelli per indicare alle vetture la direzione del flusso di accesso al servizio, nonché cartelli ben visibili con l'avvertenza di tenere completamente chiusi i finestrini delle autovetture;
- garantire la disponibilità di materiale per la sanificazione dell'unità logistica presso ogni postazione, in caso di eventi imprevisti;
- garantire di comunicare all'ASLTC il posizionamento della loro postazione (piazza, via, eventuali altre specifiche);
- garantire che i professionisti nell'esecuzione del tampone si attengano all'“Istruzione operativa per l'effettuazione del tampone vie respiratorie per paziente sospetto Covid 19” allegato 2 all'avviso;
- garantire la consegna dei tamponi effettuati al Laboratorio ASLTC, o comunque alla sede ASLTC comunicata dall'Azienda;
- garantire di effettuare gli adempimenti amministrativi di accettazione del paziente con l'inserimento, sulle piattaforme informatiche dei Laboratori, dei dati relativi a nome, cognome, codice fiscale, data nascita;
- garantire di segnalare, nei tempi e con le modalità specificate dall'ASLTC, i nominativi di coloro che, risultando impossibilitati all'effettuazione del tampone in modalità drive through, richiedono il prelievo a domicilio.

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.

#### 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: 

15	10	2020
----	----	------

 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: [convenzionisoggettipubblici.uslcentro@postacert.toscana.it](mailto:convenzionisoggettipubblici.uslcentro@postacert.toscana.it)

Nell'oggetto della mail dovrà essere riportata la dicitura *“Prestazioni tamponi Covid19 modalità drive through - 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, sulla base di quanto dichiarato nel Modello di Domanda allegato 1 al presente avviso, con particolare riferimento all'ambito territoriale, numero di tamponi garantiti al giorno e numero di giorni settimanali.

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 U.S.L. 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 S.O.C. Accordi Contrattuali e Convenzioni con Soggetti Pubblici - Piazza Ospedale n. 5 – Prato, telefonando, dalle ore 11.00 alle ore 12.30 dal lunedì al venerdì, al seguente numero: 0574-807965 – mail [dipartimento.decentramento@uslcentro.toscana.it](mailto:dipartimento.decentramento@uslcentro.toscana.it).

Il Direttore Generale  
Dr. Paolo Morello Marchese

Firenze, 05/10/2020

**All'Azienda Usl Toscana Centro  
S.O.C. Accordi contrattuali e convenzioni con  
soggetti pubblici  
P.za S. Maria Nuova n. 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 di **tamponi orofaringei COVID 19 in  
modalità drive-through – ambiti territoriali Firenze, Prato, Pistoia e Empoli.**

**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 di tamponi orofaringei  
COVID 9 con modalità drive through - ambiti territoriali Firenze, Prato, Pistoia, Empoli.

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:

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

*Oppure in alternativa:*

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

che le prestazioni di tamponi COVID 19 in modalità drive through saranno erogate per l'ambito territoriale di *(indicare per quale ambito/i è la vostra disponibilità e specificare eventuali zone):*

- Firenze
- Prato
- Pistoia
- Empoli

che la postazione per effettuare le prestazioni in modalità drive through sarà collocata presso .....

*(indicare comune, indirizzo e altre specifiche se necessarie – nel caso sia ancora da individuare con precisione dichiarare che sarà comunicato successivamente):*

che le prestazioni saranno effettuate esclusivamente per gli utenti comunicati dall'Azienda USL Toscana Centro;

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 attengano nell'esecuzione del tampone all' "Istruzione operativa per l'effettuazione del tampone vie respiratorie per paziente sospetto Covid 19" allegato 2 all'avviso;

di effettuare gli adempimenti relativi a: contattare l'utente per la data, l'ora e l'indirizzo della postazione drive-through per l'effettuazione tampone;

di accettare l'applicazione della tariffa di € 11,00 per ciascun tampone effettuato;

di accettare che saranno remunerate esclusivamente le prestazioni effettivamente erogate;

di assicurare la capacità produttiva max di n. .... tamponi in modalità drive through al giorno, per n. .... giorni settimanali, per l'ambito territoriale di: .....

specificare la fascia oraria: .....  
specificare quali giorni sett.li: .....  
*(compilare con le specifiche della propria disponibilità);*

di assicurare l'erogazione delle prestazioni entro 48 ore dall'inoltro della richiesta;

di assicurare la consegna, presso le sedi comunicate dall'ASLTC, dei campioni entro il giorno stesso in cui sono stati effettuati;

di garantire gli adempimenti amministrativi di accettazione del paziente con l'inserimento, sulle piattaforme informatiche dei Laboratori, dei dati relativi a nome, cognome, codice fiscale, data nascita;

di assicurare la segnalazione, nei tempi e con le modalità specificate dall'ASLTC, dei nominativi di coloro che, risultando impossibilitati all'effettuazione del tampone in modalità drive through, richiedono il prelievo a domicilio;

di assicurare la disponibilità all'attivazione immediata 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 e 662/96;

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 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, (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 e sanificazione in dotazione, nonché eventuali ulteriori specifiche se necessario.*

**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 .....(1)

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