****

**ALLEGATO A**

Spett. le Ausl Toscana Sud Est

Via Curtatone, n. 54

52100 Arezzo

*ausltoscanasudest@postacert.toscana.it*

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO A MANIFESTARE L’INTERESSE RIVOLTO A STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE INTERESSATE ALLA SOTTOSCRIZIONE DI ACCORDI CONTRATTUALI AI SENSI  DELL’ART. 8 QUINQUIES  DEL D.LGS. 502/92  E S.M.I. PER ATTIVITA’ DI CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA**

*(Deliberazione del Direttore Generale Ausl Toscana Sud Est n. 1149 del 8 Novembre 2023)*

Il sottoscritto ……………………………… nato il ………………….. a ………………….., Codice fiscale ……………………………………., in qualità di Legale rappresentante della Struttura Privata Accreditata ………………………………………….…………………………………………………………………………………...

con sede legale in ………………………………………………….. Via ……………………………………………..

con sede di erogazione in …………………………………………… Via …………………………………………….

partita Iva-Codice fiscale ……………………………………………

tel. ……………………………………………………………............

e-mail ………………………………………………………………...

pec ……………………………………………………………………

* in possesso di Autorizzazione all’esercizio di attività sanitarie rilasciato dal Comune di ……...…………, in data ………….., per il processo ambulatoriale nelle discipline di …………………………………………….. (Allegato);
* in possesso di Accreditamento Istituzionale rilasciato da Regione Toscana in data ………………, per il processo ambulatoriale nelle discipline di …………………….……………………………………………..……... (Allegato);
* in possesso di Visura camerale aggiornata alla data del ………………………………….……...……….. (Allegato);
* intenzionato ad uniformarsi ai requisiti di cui all’Allegato A e all’Allegato B della Deliberazione Giunta regionale 9 ottobre 2023, n. 1150 entro il 31 gennaio 2024, pena la decadenza della presente domanda;
* titolare di rapporto convenzionale con Ausl Toscana Sud Est – Accordo contrattuale - Repertorio aziendale n. …… del ………… per l’acquisto di prestazioni di …………………………………………. (*da compilare se la Struttura è effettivamente già titolare di rapporto convenzionale*);

quale Soggetto proponente la presente manifestazione di interesse, consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, tenuto conto degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000 e

**PRESO ATTO**

delle condizioni e dei termini di partecipazione stabiliti dall’Avviso di cui alla Deliberazione del Direttore Generale Ausl Toscana Sud Est n. 1149 del 8 novembre 2023, esecutiva ai sensi di legge, pubblicato integralmente all’Albo pretorio e sul sito aziendale di Ausl Toscana Sud Est;

**MANIFESTA**

la disponibilità alla stipula di eventuale Accordo contrattuale ai sensi dell’art. 8  quinquies del  D.Lgs 502/92 e s.m.i. con Ausl Toscana Sud Est finalizzato all’erogazione in nome e per conto del Servizio Sanitario Regionale di **PRESTAZIONI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE.**

A tal fine dichiara quanto segue (*si prega barrare espressamente la casella*):

di aver preso visione del Capitolato tecnico posta a base del presente Avviso e di condividerne i contenuti organizzativi ed economici.

**Ambito di operatività Ambito di operatività** *(indicare l’ambito zonale in cui la Struttura privata-accreditata intende operare):*

Zona Aretina.

Zona Casentino.

Zona Valdarno.

Zona Valdichiana Aretina.

Zona Valtiberina.

Zona Amiata Grossetana

Zona Colline dell'Albegna.

Colline Metallifere

Zona Grossetana.

Zona Valdichiana Senese

Zona Alta Val d’Elsa

Zona Amiata Val d’Orcia

Zona Senese

**Attività svolta e risultati raggiunti nel biennio 2021/2022**

Per Strutture private accreditate già convenzionate: allegare sintetica relazione circa i volumi di attività erogata in regime di convenzionamento ed i relativi volumi economici, per gli anni 2021/2022;

Per Strutture private accreditate non convenzionate: allegare sintetica relazione circa i volumi di attività erogata in regime privatistico ed i relativi volumi economici, per gli anni 2021/2022.

**Proposta organizzativa**

Proposta organizzativa per Attività oggetto di collaborazione in conformità al Modulo Allegato B all’Avviso di manifestazione di interesse (**Allegare alla presente domanda il Modulo A compilato**);

La Struttura privata accreditata dichiara che, per capacità produttiva, è in grado di garantire il soddisfacimento di quanto manifestato nella proposta organizzativa, assicurando idonea capacità economico-finarziaria e capacità tecnico-professionale;

**Sicurezza, appropriatezza, qualità**

Disponibilità di un Sistema di Reporting and Learning per l’identificazione, l’analisi, la valutazione e la prevenzione del rischio clinico, in conformità al requisito 5.1.COM.8 “Sistema di Reporting and Learing” del DD n. 2044/2017 (**Allegare *Fac simile* Modulo Reporting and Learning**);

Disponibilità di un Piano di miglioramento della struttura, elaborato sulla base delle informazioni derivanti dal sistema di reporting and learning, dalla valutazione degli esiti, dalla valutazione della applicazione di protocolli, dai dati sulle infezioni, e da altre fonti (ad es. reclami degli utenti, valutazioni degli utenti, dati di clima interno, ecc), in conformità al requisito 5.1.COM.11 “Piano di miglioramento della struttura” del DD n. 2044/2017 (**Allegare *Fac simile* Piano di Miglioramento della Struttura**);

Disponibilità di un sistema di monitoraggio relativo agli indicatori di appropriatezza pertinenti alla Struttura;

Disponibilità di procedure di monitoraggio delle soglie di ammissibilità nei regimi di ricovero ordinario, day surgery e chirurgia ambulatoriale, previste dal Decreto Dirigenziale Regione Toscana del 19 novembre 2021, n. 20196;

Disponibilità di applicativi in grado di integrarsi con i sistemi informativi in essere a livello aziendale (Es. CUP 2.0);

Disponibilità al collegamento informatico con i software aziendali (ONIT), per assicurare la rilevazione delle prestazioni sanitarie erogate e l’alimentazione del flusso informativo regionale SPA;

Disponibilità di un sistema di monitoraggio inerente la dotazione, la vetustà, gli interventi di manutenzione effettuati per le apparecchiature sanitarie in dotazione;

Impegno a presentare l’autovalutazione ai sensi della Deliberazione Giunta regionale 9 ottobre 2023, n. 1150, entro il 31 gennaio 2024, pena decadenza della presente domanda di adesione.

**Esiti controlli sanitari nel biennio 2022/2023 (Per Strutture private accreditate già convenzionate)**

Per Strutture private-accreditate già titolari di Accordi contrattuali con Ausl Toscana Sud Est

N. prestazioni per le quali la verifica ha avuto esito negativo/n. pratiche sottoposte a controllo da parte di N.O.C.S. – Anno 2022 …………………………………………………………………………………………….

N. prestazioni per le quali la verifica ha avuto esito negativo/n. pratiche sottoposte a controllo da parte di N.O.C.S. – Anno 2023 …………………………………………………………………………………………….

Per Strutture private-accreditate non titolari di Accordi contrattuali con Ausl Toscana Sud Est il peso specifico del criterio in oggetto si ripartisce in maniera proporzionale agli altri criteri.

**Risorse di personale**

Composizione quali-quantitativa del team clinico-assistenziale, (**Allegare elenco nominativo**, **con codice fiscale, qualifica, mansione svolta dal predetto personale, impegno orario settimanale di ciascuno, nonché il tipo di contratto applicato**);

Gli operatori impiegati nello svolgimento del servizio sono in regola con i corsi di formazione e aggiornamento obbligatori previsti dalla normativa vigente in materia di crediti formativi, con particolare riferimento a quelli acquisiti per l’aggiornamento/mantenimento delle competenze tecnico-professionali necessarie allo svolgimento delle attività messe a bando;

Osservanza della normativa nazionale vigente in materia di sicurezza sul lavoro;

Osservanza del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro vigente per la Sanità privata;

Assenza di sanitari o di altro personale in situazione di incompatibilità rispetto alle Leggi 412/91 e 662/96 (personale dipendente, convenzionato o comunque legato da rapporto lavorativo con il Servizio Sanitario Nazionale) e s.m.i. oppure in condizioni di incompatibilità ai sensi dell’art. 53, comma, 16-ter del D. Lgs. vo n. 165/2001 per il personale posto in quiescenza dall’Azienda Usl Toscana Sud Est negli ultimi 3 anni.

**Dotazioni tecnologiche**

Dotazione tecnologica in relazione all'attività proposta

(**Allegare Elenco apparecchiature sanitarie in dotazione e relativa vetustà**)

La strumentazione è sottoposta a corretta e regolare manutenzione preventiva, ordinaria e straordinaria;

 Forma di garanzia prescelta per l’attività sanitaria oggetto del presente Avviso …………………………………

………………..……………………………………………………………………………………………………

Essere informato che i dati forniti verranno trattati nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (RGPD), esclusivamente per le finalità connesse all’espletamento degli adempimenti conseguenti all’Avviso pubblico in oggetto.

**ALLEGATI**

1. Autorizzazione all’esercizio di attività sanitarie
2. Decreto di Accreditamento istituzionale
3. Visura camerale aggiornata alla data di presentazione della domanda
4. Prospetto relativo all’attività svolta ed i risultati raggiunti in regime di convenzionamento (per Strutture già convenzionate) negli anni 2021/2022
5. Oppure Prospetto relativo all’attività svolta ed i risultati raggiunti in regime privatistico (per Strutture non convenzionate) negli anni 2021/2022
6. Proposta organizzativa – Allegato B – Volumi di attività e Volumi economici, in formato *pdf*, regolarmente datata e firmata dal Legale rappresentante, e in formato excell per consentire le necessarie elaborazioni
7. *Fac simile* Modulo Reporting and Learning
8. *Fac simile* Piano di Miglioramento della Struttura
9. Tabella riassuntiva in merito a composizione quali-quantitativa del team clinico assistenziale
10. Elenco apparecchiature sanitarie in dotazione e relativa vetustà

Chiedo che ogni comunicazione inerente il presente procedimento sia inviata al seguente indirizzo:

via..........................................................................................................................n........ città...............................................

prov............. c.a.p....................... cellulare..................................................... telefono fisso.................................................

e-mail............................................................... pec................................................................................................................

Luogo ……………….., data, …………………Firma digitale del Legale rappresentante

e Timbro della Struttura

…………………………………..

*n.b.: la presente manifestazione di interesse deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento d’identità del sottoscrittore in corso di validità, ai sensi degli artt. 38 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.*