

Allegato 2 - 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 DGRT 1538/2022

Delibera D.G. 314 del 27 marzo 2024

Premessa

L'Azienda USL Toscana Sud Est, 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 la somministrazione del test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti - HCV, per gli ambiti provinciali di Arezzo, Siena e Grosseto, in favore della popolazione target nata nel periodo 1969-1989.

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 la somministrazione del test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti - HCV, per gli ambiti provinciali di Arezzo, Siena e Grosseto.

L'accordo contrattuale avrà durata dalla data di sottoscrizione al 31.12.2024, con possibilità di proroga.

Le prestazioni saranno remunerate applicando la tariffa onnicomprensiva di € 4,00 per ogni soggetto sottoposto a test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti - HCV. Saranno remunerate solamente le prestazioni effettivamente erogate e registrate nella App *#screeningHCV* appositamente predisposta.

Si prevede l'acquisizione complessiva di circa n. 225.846 somministrazioni del test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti - HCV, tenuto conto della popolazione target come articolata in base al Comune di residenza, per un tetto finanziario complessivo massimo di € 903.384.

2. Soggetti ammessi alla procedura oggetto del presente avviso

Possono partecipare alla presente procedura i 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 dovranno 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 su base volontaria, l'utente potrà visualizzare l'elenco dei centri presso i quali effettuare il test sul sito web regionale.

L'utente, per sottoporsi al test HCV tramite pungi dito, dovrà recarsi presso il centro scelto. L'esito del test sarà comunicato appena disponibile.

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 #screeningHCV appositamente predisposta, e immediatamente comunicato all'utente, anche in forma cartacea e stampato dall'operatore del centro.

Qualora il test fosse positivo il professionista sanitario prenderà in carico il paziente per la comunicazione del risultato del test e l'illustrazione del percorso successivo specificando che il test potrebbe essere anche un falso positivo.

L'Azienda USL Toscana Sud Est tramite la Farmacia di riferimento, fornisce il materiale per l'effettuazione degli screening, ovvero:

- le "saponette".
- 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) sfruttando ogni occasione utile attraverso l'organizzazione di:
 - a) eventi pubblici aperti alla popolazione;
 - b) giornate di testing riservate ai dipendenti di ditte private o di enti pubblici;
 - c) punti di test presso le proprie sedi;
- 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 #screeningHCV, di tutti i dati richiesti;
- censire gli operatori che avranno accesso all'app #screeningHCV sul sito web <https://operatoreapp.ssr.toscana.it/CensimentoRegistrazioni/>, opportunamente aggiornato;
- consegnare e far sottoscrivere all'utente l'informativa per il trattamento dei dati personali.

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 1a** 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:

12	04	2024
----	----	------

 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:

ausltoscanasudest@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 rappresentate 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 Sud Est 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 di Valutazione, 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 Sud Est.

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 Sud Est 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. 15 giorni consecutivi sul sito web dell'Azienda USL Toscana Sud Est al seguente indirizzo: <https://www.uslsudest.toscana.it/amministrazione-trasparente/bandi-di-concorso/bandi-di-concorso>, nella sezione Bandi di concorso.

8. Informazioni

Per eventuali chiarimenti ed informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi alla U.O.C. Strutture sanitarie pubbliche, Private accreditate e Trasporti sanitari, telefonando, dalle ore 10.00 alle ore 12.00, dal lunedì al venerdì, al seguente numero: 0577 - 536049

Il Direttore Generale
Dr. Antonio D'Urso

Arezzo,

All’Azienda Usl Toscana Sud Est
U.O.C. Strutture sanitarie pubbliche, Private accreditate e
Trasporti sanitari
Via Calamandrei, n. 173
52100 - Arezzo

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’esecuzione di
prestazioni inerenti il test immunologico rapido sierologico per l’individuazione di anticorpi anti - HCV – ambiti
provinciali Arezzo, Siena e Grosseto

MANIFESTA L’INTERESSE A PARTECIPARE AL MEDESIMO AVVISO

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 Associazione di Volontariato/Comitato Croce Rossa Italiana di
.....,

partita IVA

sede legale in via..... n

sede operativa 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 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 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 Sud Est;

di accettare l'applicazione della tariffa di € 4,00 per soggetto sottoposto a screening ed inserito nella piattaforma *#screeningHCV*;

di accettare che saranno remunerate esclusivamente le prestazioni effettivamente erogate e registrate in App;

di poter assicurare il servizio per n. giorni settimanali, specificare la fascia oraria: specificare quali giorni sett.li:, fermo restando che la programmazione effettiva del servizio sarà poi concordata con l'AUSL Toscana Sud Est 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 *#screeningHCV*, dei dati relativi a nome, cognome, codice fiscale, data nascita oltre agli altri dati richiesti;

di garantire che saranno tempestivamente comunicate alla AUSL Toscana Sud Est le sedi, le date e gli orari delle postazioni di erogazione del servizio che verranno attivate, nonché ogni loro eventuale variazione;

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 Sud Est 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 Sud Est 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 Sud Est, 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 Sud Est 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