

AVVISO PUBBLICO

Avviso per l'individuazione di soggetti con cui sottoscrivere accordi o convenzioni per l'esecuzione delle prestazioni inerenti il test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti - HCV (programma di screening previsto dalla delibera di Giunta Regionale Toscana n. 1538 del 27 dicembre 2022).

Termine scadenza: **11 aprile 2023**

Modalità trasmissione domande, come da modello di domanda allegato n. 1, a mezzo PEC: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

Oggetto: **PRESTAZIONI SCREENING HCV - Manifestazione di interesse**

copia di cortesia gradita anche alla casella mail ordinaria:

rapportistituzionali.ms@uslnordovest.toscana.it

Art. 1 Oggetto dell'avviso

L'Azienda USL Toscana Nord Ovest, di seguito denominata Azienda USL, rende noto che intende acquisire manifestazioni di interesse da parte di soggetti disposti a stipulare accordi contrattuali o convenzioni per l'esecuzione delle prestazioni inerenti il test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti - HCV, come previsto dalla delibera di Giunta Regionale Toscana n. 1538 del 27 dicembre 2022 avente per oggetto: *"Avvio di un programma di screening gratuito per prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C, in attuazione dell'art. 25-sexies del D.L. n. 162/2019. Approvazione del progetto"*.

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.

Art. 2 Soggetti ammessi alla procedura

Possono presentare domanda di partecipazione al presente avviso pubblico:

- a) Soggetti in possesso di accreditamento ai sensi della L.R. n. 51/2009 e del 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 di emergenza urgenza con iscrizione nell'elenco regionale di cui all'art. 76 quinquies della L.R. n. 40/2005. Con i suddetti soggetti sarà sottoscritta una specifica convenzione.

Nel caso di presentazione di istanza da parte di Comitati Regionali o altri raggruppamenti, questi devono 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.

Art. 3 Oggetto, durata dell'accordo e località

L'Associazione o soggetto contraente organizzerà l'attività per poter offrire presso le proprie sedi il test gratuito agli aventi diritto (popolazione nata fra il 1969 ed il 1989).

Dipartimento Servizi Generali
Area Affari Generali e
Rapporti Istituzionali

UOC Rapporti Istituzionali e
Gestione Documentale Atti
Sede operativa di Carrara

Telefono 0585 657540 657581
0585 657501 657589
0585 657592 657554

e-mail:

gianluigi.ferri@uslnordovest.toscana.it
rapportistituzionali.ms@uslnordovest.toscana.it

Azienda USL
Toscana Nord Ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503
Tel. 050-954236 954337
Pec:

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

L'accordo contrattuale avrà durata dalla data di sottoscrizione al 31 dicembre 2023, con possibilità di eventuale proroga, sussistendone le originarie ragioni di attivazione.

In particolare sono richiesti: sede idonea e personale presso un Comune che rientri all'interno dei seguenti seguenti ambiti territoriali:

- Zona Apuana
- Zona Lunigiana
- Zona Piana di Lucca
- Zona Valle del Serchio
- Zona Pisana
- Zona Alta Val di Cecina - Valdera
- Zona Livornese
- Zona Bassa Val di Cecina – Val di Cornia
- Zona Versilia
- Zona Elba

I soggetti interessati potranno presentare domanda per uno o più dei suddetti ambiti territoriali.

Art. 4 Corrispettivo, Volumi e Tetto complessivo presunto

Le prestazioni saranno remunerate applicando la tariffa onnicomprensiva di € 1,00 (uno) per ogni soggetto sottoposto a test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti - HCV.

Saranno riconosciute e remunerate solamente le prestazioni effettivamente erogate.

Si prevede l'acquisizione complessiva di una stima di circa n. 313.000 esecuzioni delle prestazioni inerenti il test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti - HCV, per un tetto finanziario complessivo (a livello di Azienda USL) di Euro 313.000.

Il suddetto fabbisogno di prestazioni e tetto finanziario sono riferiti all'esecuzione delle prestazioni inerenti il test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti - HCV da effettuarsi secondo le modalità che saranno successivamente concordate con l'Azienda.

Art. 5 Modalità organizzative

L'effettuazione dello screening avverrà previo invito alla popolazione target (nati dal 1969 al 1989) a mezzo SMS. L'utente potrà visualizzare l'elenco dei centri presso i quali effettuare il test sul sito web regionale

I test potranno essere eseguiti dall'Associazione o soggetto contraente agli aventi diritto anche se privi del suddetto invito, così come previsto dalla DGRT n. 1538 del 27/12/2022.

L'utente, per sottoporsi al test HCV tramite pungidito, dovrà recarsi, nel giorno e nell'orario stabilito, 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/professionisanzitarie/>

[dettaglioContenutiProfessionisanzitarie.jsp?lingua=italiano&id=808&area=professionisanzitarie&menu=vuoto&tab=1](https://www.salute.gov.it/portale/professionisanzitarie/dettaglioContenutiProfessionisanzitarie.jsp?lingua=italiano&id=808&area=professionisanzitarie&menu=vuoto&tab=1).

Azienda USL
Toscana Nord Ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503
Tel. 050-954236 954337
Pec:

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

Il risultato del test dovrà essere registrato sull'app [#insalute](#) specificatamente 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.

Art. 6 Attività a carico dell'Azienda USL

L'Azienda USL Toscana Nord Ovest garantisce le attività e le forniture sotto indicate per il funzionamento delle operazioni di screening:

- fornitura, tramite la Farmacia di riferimento, del materiale per l'effettuazione degli screening, ovvero le "saponette";
- fornitura del contenitore per lo smaltimento dei rifiuti speciali (ROT).

Art. 7 Attività a carico dell'Associazione o soggetto contraente

I soggetti interessati a svolgere il servizio dovranno (operazioni a carico dell'Associazione o soggetto contraente):

- offrire il test agli aventi diritto (popolazione nata tra il 1969 e il 1989) sfruttando ogni occasione utile;
- 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 Regionale #insalute, di tutti i dati richiesti;
- censire gli operatori che avranno accesso all'app #insalute sul sito web: <https://operatoreapp.ssr.toscana.it/CensimentoRegistrazioni/>, opportunamente aggiornato;
- consegnare all'utente l'informativa per il trattamento dei dati personali;
- comunicare all'Azienda USL il posizionamento della propria postazione (piazza, via, eventuali altre specifiche, rete telematica);
- comunicare all'Azienda USL l'orario di svolgimento del servizio e le eventuali variazioni con anticipo di almeno 3 giorni.

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.

Art. 8 Stipula degli accordi e modalità dell'indagine di mercato.

Fermo restando che i soggetti interessati potranno presentare domanda per uno o più degli ambiti territoriali indicati all'art. 3, le domande presentate saranno valutate, sulla base di quanto dichiarato nel Modello di Domanda allegato n. 1 al presente avviso, con particolare riferimento all'ambito territoriale, alla sede proposta, al numero di test garantiti al giorno, al numero di giorni settimanali ed all'orario di apertura.

Azienda USL
Toscana Nord Ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503
Tel. 050-954236 954337
Pec:

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

Sulla base della suddetta valutazione saranno individuati i soggetti idonei alla sottoscrizione di accordi contrattuali o di convenzioni e saranno resi noti con la pubblicazione di delibera del Direttore Generale sul sito web dell'Azienda USL.

L'Azienda USL 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.

Art. 9 Privacy – trattamento dati

Ai sensi del D.lgs. 196/2003 (D.Lgs. 101/2018) e del regolamento europeo 979/2016, il trattamento dati i dati forniti dall'Associazione o soggetto contraente saranno raccolti presso le strutture organizzative competenti dell'Azienda USL Toscana Nordovest per le finalità del presente avviso e saranno trattati presso una banca dati eventualmente automatizzata anche successivamente all'instaurazione del rapporto, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

Il conferimento di tali dati sarà obbligatorio per la partecipazione. Le medesime informazioni potranno essere comunicate ad altre amministrazioni pubbliche, ovvero a soggetti pubblici o privati per le finalità connesse all'espletamento della procedura. L'interessato gode dei diritti di cui alla vigente normativa tra i quali il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché alcuni diritti complementari tra cui quello di far rettificare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché ancora quello di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest.

Per quanto riguarda, invece, gli utenti che si sottoporranno al test, l'Associazione o soggetto contraente sarà individuata come Responsabile Esterno del trattamento dei dati, nominata con apposito separato atto giuridico che specificherà le finalità perseguite, la tipologia dei dati, la durata e la modalità del trattamento, gli obblighi ed i diritti del Responsabile del trattamento.

Art. 10 Presentazione delle domande

La domanda di partecipazione dovrà essere formulata utilizzando lo schema di cui al Modello allegato n. 1 ed essere inviata in formato elettronico via pec intestata alla Azienda USL Toscana Nordovest – Pisa - UOC Rapporti Istituzionali e Gestione Documentale Atti entro il termine di scadenza dell'**11 aprile 2023**. La modalità di trasmissione delle domande sarà unicamente a mezzo PEC:

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

indicando nell'oggetto:

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 possibilmente in un unico documento pdf originario.

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.

E' gradita copia di cortesia anche alla casella mail ordinaria:

rapportistituzionali.ms@uslnordovest.toscana.it

Azienda USL
Toscana Nord Ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503
Tel. 050-954236 954337
Pec:

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

Per ogni informazione inerente il presente avviso sarà possibile rivolgersi a:
Dipartimento Servizi Generali - Area Affari Generali e Rapporti Istituzionali - UOC
Rapporti Istituzionali e Gestione Documentale Atti, casella mail di cui sopra, Tel. 0585 –
657554, 657540, 657581, 657501, 657589, 657592.

lì, 27 marzo 2023

Azienda USL
Toscana Nord Ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503
Tel. 050-954236 954337
Pec:
direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

Allegato 1 – Modello di Domanda

All'Azienda USL Toscana Nord Ovest

UOC Rapporti Istituzionali e Gestione Documentale Atti

pec: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

mail: rapportistituzionali.ms@uslnordovest.toscana.it

Domanda di partecipazione

Il/la sottoscritto/a legale rappresentante di...
....., presa visione dell'avviso di Manifestazione di Interesse, emesso da codesta Azienda USL per l'individuazione di soggetti con i quali sottoscrivere l'accordo contrattuale o la convenzione per l'esecuzione delle prestazioni inerenti il test immunologico rapido sierologico di anticorpi anti – HCV nella popolazione target, come previsto dalla delibera di Giunta Regionale Toscana n. 1538 del 27 dicembre 2022.

MANIFESTA L'INTERESSE

a partecipare al suddetto avviso emesso dall'Azienda USL Toscana Nord Ovest

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 ALTRESI'

che la struttura.....

è in possesso di:

- Accreditamento Istituzionale rilasciato dalla Regione Toscana con atto n del ;

- Autorizzazione all'esercizio rilasciata dal Comune di..... estremi del provvedimento n. del

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 inerenti il test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi HCV saranno erogate per l'ambito territoriale o per gli ambiti territoriali di: *(indicare per quale ambito/i è la disponibilità specificando le zone):*
 - ☐ Apuana
 - ☐ Lunigiana
 - ☐ Piana di Lucca
 - ☐ Valle del Serchio
 - ☐ Pisana
 - ☐ Alta Val di Cecina - Valdera
 - ☐ Livornese
 - ☐ Bassa Val di Cecina – Val di Cornia
 - ☐ Versilia
 - ☐ Elba
- che la postazione per effettuare sarà collocata presso
(indicare comune, indirizzo, telefono e altre specifiche se necessarie)
- di garantire che il servizio sia effettuato secondo le modalità riportate agli articoli 5 e 7 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 test a quanto previsto dal DGRT n. 1538 del 27/12/2022 e relativi allegati, oltre che ad ogni ulteriore istruzione operativa o procedura od indicazione fornita dalla Azienda USL Toscana Nord Ovest;
- di accettare l'applicazione della tariffa di € 1,00 (uno/00) per soggetto sottoposto a screening ed inserito nella piattaforma regionale #insalute;
- di accettare che saranno remunerate esclusivamente le prestazioni effettivamente erogate;
- di poter assicurare l'attività di esecuzione test per n. giorni settimanali, per l'ambito territoriale di:
specificare la fascia oraria:

specificare quali giorni settimanali:

.....

(*compilare con le specifiche della propria disponibilità*), fermo restando che la programmazione effettiva del servizio sarà poi concordata con l'Azienda USL Toscana Nord Ovest;

- di garantire che sarà tempestivamente comunicata alla Azienda USL Toscana Nord Ovest ogni eventuale variazione della postazione di erogazione dell'attività;
- di garantire gli adempimenti amministrativi di accettazione dell'utente con l'inserimento sull'App Regionale #insalute, dei dati relativi a nome, cognome, codice fiscale, data nascita, oltre agli altri dati richiesti;
- che il personale sanitario e assistenziale impegnato nelle attività oggetto dell'avviso non si trova in situazioni di incompatibilità rispetto alle Leggi 412/91 e 662/96;
- di assicurare l'applicazione di protocolli, nonché delle disposizioni fornite dall'Azienda USL Toscana Nord Ovest 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 Nord Ovest ed eventualmente l'utilizzo di procedure informatiche in connessione con l'Azienda USL, 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 l'attività svolta per conto dell'Azienda USL 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 Nord Ovest, ove necessario;
- di attestare l'assenza di condanne penali o di misure di prevenzione o di 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 non costituisce necessariamente impegno per quest'ultima per l'instaurazione di futuri accordi contrattuali.

Allega breve relazione con descrizione delle modalità organizzative e protocollo di sicurezza e sanificazione in dotazione, nonché eventuali ulteriori specifiche se ritenute necessarie.

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 (1) ai sensi degli artt. 38, 45 e 46 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Data Firma (2)

Nota 1: il documento di identità non è richiesto in caso di sottoscrizione digitale qualificata (pdf pades o p7m cades).

Nota 2: la firma in calce alla domanda non deve essere autenticata

Azienda USL
Toscana Nord Ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503
Tel. 050-954236 954337
Pec:
direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it