

AVVISO PUBBLICO

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 in occasione di eventi pubblici aperti alla popolazione e in giornate di *testing* per lavoratori di ditte private ed enti pubblici.

Termine scadenza: 9 aprile 2024

Modalità trasmissione domande, come da modello di domanda allegato, 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 in occasione di eventi pubblici aperti alla popolazione e in giornate di *testing* per lavoratori di ditte private ed enti pubblici.

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 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 presentare domanda singolarmente.

Art. 3 Oggetto, durata dell'accordo e finalità

L'Associazione o soggetto contraente gestirà l'attività necessaria ad offrire il test gratuito agli aventi diritto (popolazione nata fra il 1969 ed il 1989) attraverso l'organizzazione di:

- a) eventi pubblici aperti alla popolazione (sedi ed orari di intervento saranno successivamente concordati con i referenti del progetto per l'Azienda USL, ad

Azienda USL Toscana nord ovest



Dipartimento Servizi Generali

UOC Affari Generali
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

es. in occasione di concerti, manifestazioni sportive, organizzazione di open day, ecc).

- b) giornate di *testing* riservate ai dipendenti di ditte private o di enti pubblici;
- c) (eventuale) apertura di punti test presso le proprie sedi, secondo le proprie disponibilità.

L'accordo contrattuale avrà durata dalla data di sottoscrizione al 31 dicembre 2024, con possibilità di eventuale proroga, sussistendo 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 (Zone - Distretto) dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest:

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

I soggetti interessati potranno presentare domanda con riferimento ad uno, o a più o a tutti i suddetti ambiti territoriali.

Art. 4 Corrispettivo, Volumi e Tetto complessivo presunto

Le prestazioni saranno remunerate applicando la tariffa onnicomprensiva di € 4,00 (quattro/00) 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. 100.000 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 400.000.

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 sia in occasione di eventi pubblici aperti alla popolazione (sedi ed orari di intervento saranno successivamente concordati con i referenti del progetto per l'Azienda USL), sia con giornate di *testing* riservate ai dipendenti di ditte private o di enti pubblici presso i luoghi di lavoro. Sarà altresì possibile l'apertura di punti test presso le sedi delle Associazioni. In tal caso, gli utenti potranno visualizzare l'elenco dei centri presso i quali effettuare il test sul sito web regionale.

L'utente, per sottopersi volontariamente al test HCV tramite pungidito, dovrà recarsi, nel giorno e nell'orario stabilito, presso la manifestazione evento, oppure essere raggiunto nella sede di lavoro (in caso di giornate di testing preventivamente organizzate) o, ancora, presso il Centro scelto. L'esito del test sarà comunicato appena disponibile.

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 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 dovrà essere registrato sull'app **#screeningHCV** 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 attraverso l'organizzazione di:
 - a) eventi pubblici aperti alla popolazione (in occasione di eventi e manifestazioni pubbliche);
 - b) giornate di *testing* riservate ai dipendenti di ditte private o di enti pubblici nei luoghi di lavoro ;
 - c) (eventuale) apertura di punti test presso le sedi delle Associazioni stesse, secondo le proprie disponibilità.
- 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 **#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 all'utente l'informativa per il trattamento dei dati personali.

Gli ulteriori requisiti che i soggetti dovranno garantire per la stipula degli accordi contrattuali sono riportati nel Modello di Domanda, allegato al presente avviso, dove il soggetto interessato inserirà anche le specifiche relative alla propria disponibilità.

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

Ulteriori specifiche organizzative del servizio richiesto saranno oggetto di comunicazioni trasmesse formalmente dall’Azienda USL, 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 al presente avviso.

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 ricorrono 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 Nord Ovest 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’Organizzazione o Soggetto partecipante interessato godrà 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. L’informatica sul trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 è riportata in calce al presente avviso pubblico.

Per quanto riguarda, invece, gli utenti che si sottoporranno al test, l’Associazione o Soggetto contraente sarà nominata dall’Azienda USL come Responsabile Esterno del trattamento dei dati con apposito separato atto giuridico che specificherà le finalità perseguitate, 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 ed essere inviata in formato elettronico via pec intestata alla Azienda USL Toscana Nordovest – UOC Affari Generali (ex UOC Rapporti Istituzionali e Gestione Documentale Atti) entro il termine di scadenza del aprile 2024. 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

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

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

Per ogni informazione inerente il presente avviso sarà possibile rivolgersi a:

Dipartimento Servizi Generali – UOC Affari Generali, casella mail di cui sopra, Tel. 0585 – 657554, 657540, 657581, 657501, 657589, 657592.

lì, 22 marzo 2024

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679

L'Azienda USL Toscana Nord Ovest in qualità di Titolare (con sede legale in via Cocchi, 7/9, Loc. Ospedaletto, 56121 PISA, pec direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it - Tel. + 39 050 954 236 Codice Fiscale e Partita IVA 02198590503 – Sito Internet: <https://www.uslnordovest.toscana.it/>), tratterà i dati personali raccolti, con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici, in relazione al procedimento avviato con l'Avviso in oggetto.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e il loro mancato inserimento non consente lo svolgimento degli adempimenti procedurali. I dati saranno trattati per tutto il tempo del procedimento e, successivamente alla sua cessazione, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e dai collaboratori dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest o dai soggetti espressamente nominati come responsabili del trattamento. Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679). L'apposita istanza sarà presentata inviando una richiesta alla PEC all'Azienda USL Toscana Nord Ovest. Nell'oggetto l'interessato dovrà specificare il diritto che intende esercitare, per quale finalità sa o suppone che i suoi dati siano stati raccolti dall'Azienda USL e dovrà allegare, se la richiesta non proviene da casella pec intestata all'interessato, un proprio documento di identità.

Il Responsabile del trattamento dei dati per la presente procedura è il Dirigente della UOC Affari Generali, Dott. Gianluigi Ferri

Il Responsabile della protezione dei dati è la d.ssa Manuela Folena - Email: rpd@uslnordovest.toscana.it.

Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno, altresì, il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali raggiungibile sul sito www.garanteprivacy.it, secondo le procedure previste (art. 77 del Regolamento (UE) 2016/679) o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento (UE) 2016/679).

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 - Modello di Domanda

All'Azienda USL Toscana Nord Ovest
UOC Affari Generali (ex UOC Rapporti Istituzionali)
pec: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

copia di cortesia da inviare anche alla 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 in occasione di eventi pubblici aperti alla popolazione e in giornate di testing per lavoratori di ditte private ed enti pubblici.

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/decreto 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 (Zone - Distretto) di: (*indicare per quale ambito/i è la disponibilità specificando le zone - distretto*):
 Apuana
 Lunigiana
 Piana di Lucca
 Valle del Serchio
 Pisana
 Alta Val di Cecina - Valdera
 Livornese
 Bassa Val di Cecina – Val di Cornia
 Versilia
 Elba
- di garantire che il servizio verrà 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 atterrano nell'esecuzione del test a quanto previsto dalla 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 € 4,00 (quattro/00) per soggetto sottoposto a screening ed inserito nella piattaforma regionale **#screeningHCV**;
- di accettare che saranno remunerate esclusivamente le prestazioni effettivamente erogate;
- (*nel caso di disponibilità all'apertura di punti test presso le proprie sedi*) di specificare come da modulo allegato le sedi, i giorni settimanali, gli orari per l'attività di esecuzione test (*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 **#screeningHCV**, dei dati relativi a nome, cognome, codice fiscale, data nascita, oltre agli altri dati richiesti;
- di vigilare affinché 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.

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