

## **AVVISO PUBBLICO**

**Avviso per l'individuazione di Associazioni od Organizzazioni con cui sottoscrivere accordi contrattuali per l'erogazione di prestazioni di somministrazione del vaccino anti Sars-Cov-2.**

Termine scadenza: **14 aprile 2021**

### **Art. 1 Oggetto dell'avviso**

L'Azienda USL Toscana Nord Ovest, di seguito denominata Azienda USL, rende noto che intende valutare la possibilità di acquisire manifestazioni di interesse ai fini della formazione di un elenco di idonei soggetti con i quali stipulare accordi contrattuali o convenzioni per l'erogazione di prestazioni di somministrazione del vaccino anti Sars-Cov-2 negli ambiti territoriali delle province di Massa Carrara, Lucca, Pisa e Livorno.

Trattasi di un mero avviso esplorativo per valutare le disponibilità presenti nel caso in cui ve ne fosse l'effettiva necessità di richiedere tali prestazioni e, pertanto, l'Azienda USL, una volta raccolte le manifestazioni di interesse, non sarà obbligata in alcun caso a stipulare gli accordi contrattuali.

L'inserimento delle organizzazioni nell'elenco non comporterà alcun obbligo per l'Azienda USL nei confronti dei soggetti ivi inseriti, né determinerà alcun titolo o diritto a pretendere di eseguire le prestazioni in nome e per conto dell'Azienda USL.

### **Art. 2 Soggetti ammessi alla procedura**

Possono presentare domanda di partecipazione al presente avviso pubblico:

Associazioni di Volontariato e Organizzazioni del Terzo Settore di cui al D.Lgs. 117/2017. Con i suddetti soggetti potrà essere sottoscritta una specifica convenzione ai sensi dell'art. 56 del D.Lgs. 117/2017.

Le vaccinazioni effettuate in locali propri dell'Associazione o dell'Organizzazione dovranno essere presso strutture autorizzate ai sensi della normativa vigente.

### **Art. 3 Oggetto, durata dell'accordo e località**

Trattasi di effettuare le prestazioni di somministrazione dei vaccini anti Sars-Cov-2 presso i Centri Vaccinali già esistenti o presso le Strutture appositamente organizzate dai Soggetti od Associazioni partecipanti.

Le prestazioni rese in locali propri dei Soggetti od Associazioni dovranno essere svolte presso strutture autorizzate ai sensi della normativa vigente.

L'accordo contrattuale o la convenzione avrà durata di n. 6 mesi, con possibilità di proroga, sussistendone le originarie ragioni di attivazione.

I Centri Vaccinali o le Sedi potranno essere situate in uno qualsiasi dei Comuni rientranti in una delle dieci Zone Distretto di questa Azienda USL.

I soggetti interessati potranno presentare domanda per uno o più degli ambiti territoriali dell'Azienda USL.

### **Art. 4 Tariffe**

Le prestazioni, da svolgere previa prenotazione secondo le modalità organizzative più avanti riportate, saranno remunerate, con riferimento a ciascuna dose di vaccino effettuata, come sotto indicato:

- A) Vaccinazione ambulatoriale in locali propri dell'Associazione: Euro 6,16 cadauna;
- B) Vaccinazione in locali messi a disposizione dalla Azienda USL: Euro 5,50 cadauna;
- C) Vaccinazione presso strutture residenziali e semiresidenziali: Euro 11,50 cad;
- D) Vaccinazioni a domicilio degli utenti: Euro 25,00 cad.

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:

[rapportistituzionali.ms@uslnordovest.toscana.it](mailto: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](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)

Saranno riconosciute solamente le prestazioni effettivamente erogate.

La richiesta complessiva non sarà soggetta ad alcun quantitativo minimo e l'Azienda USL non resterà vincolata al pieno utilizzo delle prestazioni.

L'Azienda USL si riserva di modulare le diverse modalità di erogazione delle prestazioni a seconda del numero di dosi di vaccino disponibili, nonché della strategia del programma di vaccinazione anti Covid-19 tracciato a livello nazionale e definito nel dettaglio a livello regionale.

#### **Art. 5 Modalità organizzative ed attività a carico dell'Associazione o Contraente**

Il soggetto interessato a svolgere l'attività dovrà effettuare una serie di operazioni che possono essere così sintetizzate:

- a) garantire l'erogazione delle prestazioni a cura di personale con idoneo profilo professionale ovvero infermieri e assistenti sanitari iscritti ai rispettivi albi professionali; tutti gli operatori dovranno essere adeguatamente formati per le attività che dovranno svolgere (es: corretta vestizione/svestizione ed uso dei DPI, corrette procedure di vaccinazione, conoscenza delle manovre di primo soccorso e dei più comuni eventi avversi, corretto inserimento dei dati nell'anagrafe vaccinale, adeguata conoscenza in merito alla consultazione e gestione delle agende di prenotazione, conoscenza dei debiti informatici relativi a tutta la procedura , ecc);
- b) garantire per ogni linea di produzione (ovvero per massimo n. 12 postazioni di somministrazione) la presenza di un laureato in medicina e chirurgia, abilitato all'esercizio della professione medica e iscritto all'albo professionale; il medico referente della seduta, adeguatamente formato come sopra, assolve i seguenti compiti:
  - garantisce l'approfondimento informativo a favore del vaccinando;
  - assume la responsabilità diretta della gestione del vaccinando (esonero, rinvio, consulto specialistico, decisione su vaccinazione su ambiente protetto) segnalando e annotando sulla scheda anamnestica pre vaccinale la decisione assunta qualora l'operatore sanitario ne segnali la necessità e in caso di vaccinazioni non previste dai protocolli di riferimento;
  - gestisce il pronto intervento in caso di emergenza in collaborazione con l'altro operatore sanitario che garantisce la compresenza nella struttura;
- c) garantire il supporto di personale per le attività amministrative;
- d) garantire che i professionisti incaricati si attengano nell'esecuzione del vaccino alle procedure dell'Azienda USL e siano dotati dei necessari DPI;
- e) garantire l'apertura al pubblico nei giorni e negli orari che saranno concordati con l'Azienda USL in fase di stipula della convenzione, assicurando la presenza del personale addetto nei giorni e negli orari stabiliti dalle agende di prenotazione;
- f) effettuare gli adempimenti relativi a prenotazione e accettazione della prestazione, secondo modalità di adesione e prenotazione regionale;
- g) utilizzare le procedure informatiche in connessione con l'Azienda USL, dato atto che l'Azienda USL provvederà all'installazione del programma ed alla formazione del personale;

- h) garantire la registrazione della somministrazione vaccinale, con tutti i relativi dati necessari, nel data base informativo (SISPC) del dipartimento della prevenzione preposto all'anagrafe vaccinale;
- i) fornire il materiale cartaceo, tutti i beni strumentali necessari all'erogazione delle prestazioni (poltrone, tavoli, sedie, ecc.), nonché il materiale di consumo sanitario (cerotti, garze, ecc.) secondo l'elenco **Allegato "A"** al presente Avviso;
- j) garantire la pulizia e sanificazione degli spazi adibiti a centro vaccinali e relative pertinenze;
- k) garantire l'acquisizione del consenso informato e trasferire la relativa documentazione all'Azienda USL;
- l) provvedere al ritiro, presso la farmacia dell'ospedale di riferimento indicato dall'Azienda USL, del numero dei flaconi relativi alle dosi programmate del vaccino da somministrare; il farmacista dell'Azienda USL provvederà a registrare l'orario e la data dell'avvenuta consegna;
- m) garantire, una volta ritirato il vaccino, la sua corretta conservazione in apposito contenitore dotato di data logger atto ad assicurare il trasporto ed il mantenimento della catena del freddo;
- n) garantire la gestione dei vaccini e il rispetto della catena del freddo secondo le Istruzioni Operative definite della Task-Force Vaccino anti Sars Cov-2 dell'Azienda USL;
- o) fornire ciascuna sede di frigorifero in cui riporre i flaconi di vaccino, dotato di data logger ed idoneo a garantire una temperatura di 2°-8°;
- p) provvedere, al termine della seduta vaccinale, al corretto smaltimento dei flaconcini di vaccino secondo le modalità previste dall'Azienda che sarà partecipata al momento dell'attivazione della convenzione.

#### **Art. 6 Attività a carico dell'Azienda USL**

Resta a carico dell'azienda USL la fornitura del kit vaccinale e la formazione degli operatori anche tramite corso FAD.

Ulteriori specifiche organizzative del servizio richiesto saranno oggetto dell'accordo contrattuale o della convenzione da stipulare.

#### **Art. 7 Stipula degli accordi e modalità dell'indagine di mercato.**

Fermo restando che i soggetti interessati potranno presentare domanda per attività vaccinale in uno o più dei Comuni rientranti nelle Zone Distretto indicate all'art. 3, le domande presentate saranno valutate, sulla base di quanto dichiarato nel Modello di Domanda **Allegato "B"** al presente avviso, con particolare riferimento all'ambito territoriale, alle sedi, all'assetto organizzativo proposto per la somministrazione del vaccino, numero di prestazioni garantite al giorno e numero di giorni settimanali. Si terrà conto, inoltre, di eventuali sconti sulle tariffe di cui all'articolo 4.

Sulla base della suddetta valutazione saranno individuati i soggetti idonei alla sottoscrizione di accordi contrattuali o convenzioni e saranno resi noti con la pubblicazione della 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

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](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)

disposizioni di legge, senza che in capo alla stessa sorga alcun obbligo specifico in ordine alla prosecuzione dell'attività negoziale.

#### **Art. 10 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'interessato saranno raccolti presso le strutture organizzative competenti dell'Azienda USL 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 avrà natura obbligatoria. 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 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.

Per quanto riguarda, invece, l'utenza assistita, l'Associazione od Organizzazione sarà individuata come Responsabile Esterno del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 2016/679, nominata con apposito 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. 11 Presentazione delle domande**

La domanda di partecipazione dovrà essere formulata utilizzando lo schema di cui al Modello Allegato "B" ed essere inviata in formato elettronico via pec, pena esclusione, intestata a:

Azienda USL Toscana Nordovest – Pisa

UOC Rapporti Istituzionali e Gestione Documentale Atti

Termine scadenza: **14 aprile 2021**

Modalità trasmissione domande a mezzo PEC:

[direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)

indicando nell'oggetto: Manifestazione interesse prestazioni somministrazione vaccini

copia di cortesia consigliata anche alla casella mail ordinaria:

[rapportistituzionali.ms@uslnordovest.toscana.it](mailto:rapportistituzionali.ms@uslnordovest.toscana.it)

La validità della ricezione via pec sarà 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 USL 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.

La copia del documento di identità non è richiesta qualora la domanda sia sottoscritta con firma elettronica avanzata (pdf pades) o firma digitale qualificata (p7m cades).

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.

Ai sensi dell'art. 15 della L. 183/2011 e della direttiva del Ministro della Pubblica Amministrazione e della Semplificazione n. 61547 del 22.12.2011, l'Azienda USL potrà accettare esclusivamente le dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atti di notorietà. L'Azienda USL si riserva la facoltà di effettuare controlli sul possesso dei requisiti auto certificati.

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  
[rapportistituzionali.ms@uslnordovest.toscana.it](mailto:rapportistituzionali.ms@uslnordovest.toscana.it)  
Tel. 0585 – 657554, 657540, 657581, 657501, 657589, 657592

## **Allegato A – Materiale necessario per l'allestimento della postazione vaccinale**

### **Spazio accoglienza:**

1. termometro IR per il check point
2. Tavolo, PC, sedia operatore
3. attaccapanni
4. sedia utente

### **Spazio preparazione/somministrazione**

- Scrivania con PC lettore Smart card e barcode
- carta per stampante e stampante collegata al pc
- poltrona paziente o lettino
- rotolo di carta per poltrona o lettino
- sedie trattabili per poter sanificare secondo procedura aziendale
- carrello per la preparazione somministrazione del vaccino allestito:
  - neoxidina alcol (o simili)
  - compressa in cellulosa pre tagliata per disinfettare la cute
  - cerottino medicato
  - contenitore per taglienti
  - reniforme usa e getta
  - siringhe varie cc e aghi per la preparazione e somministrazione
  - guanti varie misure
- gel alcolico per disinfettare le mani
- pannetti e disinfettante spray alcolico o amuchina per sanificazione ambientale secondo procedura aziendale
- carrello dell'emergenza e defibrillatore allestito secondo la procedura aziendale
- telini sterili
- farmafrigo e/o contenitori refrigerati equivalenti dotati di sistema di registrazione della temperatura (data logger)
- Modulistica cartacea utile per la gestione della seduta ( anamnesi/ consenso/dissenso)
- Un armadio o cassetiera chiusa a chiave per raccogliere anamnesi, documenti e registro giornaliero ( dati sensibili) della seduta vaccinale
- Contenitori e sacchi per i rifiuti speciali

### **Dispositivi di protezione individuale (DPI):**

- camici monouso varie misure
- cuffie
- sovrascarpe
- mascherine FFP2
- occhiali multiuso
- visiere multiuso

### **Spazio sorveglianza**

- sedie per l'utenza
- barella o lettino

## **Allegato B – Modello di Domanda**

All'Azienda USL Toscana Nord Ovest  
UOC Rapporti Istituzionali e Gestione Documentale Atti  
pec: [direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)  
mail: [rapportistituzionali.ms@uslnordovest.toscana.it](mailto:rapportistituzionali.ms@uslnordovest.toscana.it)

### **Domanda di partecipazione**

Il/la sottoscritto/a .....nato  
a..... il ..... 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 accordo contrattuale per l'acquisizione di prestazioni afferenti la  
somministrazione del vaccino anti Sars-Cov-2 per gli ambiti territoriali ivi indicati.

### **MANIFESTA L'INTERESSE**

a partecipare all'Avviso emesso dall'Azienda USL Toscana Nord Ovest per l'individuazione  
di soggetti con i quali sottoscrivere accordo contrattuale o una convenzione per  
l'effettuazione delle prestazioni di somministrazione del vaccino anti Sars-Cov-2

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.....
- n. di iscrizione al Registro Unico del Terzo Settore.....
- (*oppure*) nelle more dell'operatività del registro unico del Terzo settore, nei registri  
regionali delle Organizzazioni di volontariato.....
- indirizzo di posta elettronica 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

- *(per i soggetti che intendono effettuare le prestazioni presso locali propri)* di essere in possesso di Autorizzazione all'esercizio rilasciata dal comune di .....  
estremi del documento: .....
- che le prestazioni saranno erogate per l'ambito territoriale di seguito indicato *(indicare per quale/i ambito/i è la disponibilità e specificare se limitato solo ad alcuni Comuni)*:
  - ☐ Lunigiana
  - ☐ Apuana
  - ☐ Versilia
  - ☐ Piana di Lucca
  - ☐ Valle del Serchio
  - ☐ Pisana
  - ☐ Alta Val di Cecina Valdera
  - ☐ Livornese
  - ☐ Bassa Val di Cecina – Val di Cornia
  - ☐ Elba
- di garantire che il servizio sia effettuato secondo le modalità riportate nell'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 delle prestazioni alle procedure dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest;
- di accettare che saranno remunerate esclusivamente le prestazioni effettivamente erogate;
- di assicurare la disponibilità all'attivazione immediata del servizio;
- di assicurare l'applicazione di protocolli, nonché disposizioni, fornite dall'Azienda USL 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 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 USL con mezzi, strumenti e personale propri della struttura, nonché della 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, 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 non costituisce necessariamente impegno per quest'ultima per l'instaurazione di futuri accordi contrattuali.

*Allegare: breve relazione con descrizione della progettualità del servizio, con particolare riferimento all'ambito territoriale, l'assetto organizzativo proposto per la somministrazione del vaccino, numero di prestazioni garantite al giorno e numero di giorni settimanali.*

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