

AVVISO DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

Avviso di manifestazione d'interesse rivolto alle strutture private accreditate interessate alla sottoscrizione di accordo contrattuale per n. 20 posti residenzialità Hospice nel Comune di Firenze

L'Azienda USL Toscana Centro, di seguito denominata Azienda, rende noto che intende, con il presente avviso, individuare struttura privata accreditata per la sottoscrizione di accordi contrattuali per n. 20 posti di residenzialità Hospice nel Comune di Firenze, in esecuzione della delibera del Direttore Generale n. 213 del 27.02.2026, esecutiva ai sensi di legge.

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, con una struttura privata autorizzata e accreditata, un accordo contrattuale ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 ss.mm.ii., per n. 20 posti di residenzialità Hospice nel Comune di Firenze, come in dettaglio sotto riportato:

N. 20 posti in Hospice per max n. 7300 giornate annue di presenza (n. 365 giornate x n. 20 p.l.);

La struttura dovrà essere ubicata nel Comune di Firenze.

L'accordo contrattuale avrà la durata dalla data di sottoscrizione con scadenza 31.12.2028 e possibilità di proroga di n. 6 mesi:

La tariffa prevista è di € 250,00 al giorno a posto letto, come da delibera DG. n. 726/2021, fatto salvo diverse successive disposizioni a livello nazionale e/o regionale.

Il tetto finanziario massimo annuo per la massima occupazione è di € 1.825.000,00.

Saranno retribuite esclusivamente le giornate di effettiva presenza, non è previsto il pagamento "vuoto per pieno" e non è riconosciuto il pagamento della giornata di dimissione.

I posti sono riservati ad utenti regolarmente iscritti al SSN, principalmente residenti nell'area fiorentina e in caso di posti disponibili residenti in tutto il territorio dell'ASLTC.

Nel caso di pazienti residenti, o con domicilio sanitario, in altre Aziende Sanitarie, la struttura provvederà a prendere contatti direttamente con tali Aziende, ai fini di acquisire l'autorizzazione all'ingresso del paziente e per la fatturazione delle prestazioni a loro carico.

La richiesta di inserimento del paziente in Hospice sarà a cura del medico di medicina generale, o medico specialista, o medico ospedaliero, o medico palliativista se il paziente è già inserito nella rete di Cure Palliative. L'esito della valutazione del medico palliativista ASLTC determina, qualora ne ricorrano le condizioni, l'ammissione al ricovero in Hospice, previo inserimento in lista di attesa.

L'accesso dovrà essere autorizzato dalla UFC Coordinamento Cure Palliative della ASLTC.

2. Soggetti ammessi alla procedura oggetto del presente avviso (requisito di ammissione)

Possono partecipare alla presente procedura le Strutture sanitarie private in possesso di autorizzazione e di accreditamento, ai sensi della L.R. 51/2009 e Regolamento Attuativo Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 79r del 17.11.2016 e n. 90r del 16.09.2020 – D.8 Hospice.

Tale requisito di ammissione deve essere posseduto alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della manifestazione di interesse.

3. Ulteriori requisiti la stipula degli accordi contrattuali

Per la stipula dell'accordo contrattuale oggetto del presente avviso le strutture, oltre a essere in possesso di accreditamento, dovranno:

- a) avere la sede della struttura nel Comune di Firenze;
- b) essere in possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici come da Regolamento D.P.G.R. n. 79R del 17.11.2016 e D.P.G.R. n. 90R del 16.09.2020;
- c) avere dotazione organica del personale come di seguito:
 - ✓ **medico**, in possesso specializzazione equipollente prevista dalla Legge n. 38/2010 e s.m.i., o dei requisiti di cui al decreto 30 giugno 2021 “Individuazione criteri di certificazione dei requisiti in possesso dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche e private accreditate”, con presenza n. 12h nei giorni feriali da lunedì a sabato e pronta disponibilità notturna festiva e prefestiva;
 - ✓ **infermieri** 24h in numero congruo da garantire i requisiti minimi di assistenza in relazione al numero degli ospiti presenti in struttura;
 - ✓ **operatori socio sanitari** 24h in numero congruo da garantire i requisiti minimi di assistenza in relazione al numero degli ospiti presenti in struttura;
 - ✓ **psicologo**;
 - ✓ **terapista della riabilitazione**;
- d) mettere a disposizione farmaci e presidi;
- e) idonea polizza assicurativa, a copertura dei rischi inerenti l'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 a stipulare la suddetta polizza prima della sottoscrizione dell'accordo contrattuale), esonerando l'Azienda USL Toscana Centro da qualsiasi responsabilità per danni che dovessero verificarsi nell'espletamento dell'attività oggetto del presente Avviso, con copertura da mantenere per almeno 10 anni (copia della polizza dovrà essere consegnata all'ASLTC al momento della sottoscrizione della convenzione).

Ulteriori specifiche organizzative del servizio richiesto saranno oggetto dell'accordo contrattuale che sarà stipulato ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.Lgs n. 502/1992, e ss.mm.ii.

4. Modalità di presentazione della domanda

I soggetti interessati possono manifestare l'interesse a partecipare alla procedura oggetto del presente avviso, pena esclusione, entro il seguente termine:

Data:	18	03	2026	Ora:	12	00
-------	-----------	-----------	-------------	------	-----------	-----------

Le domande, redatte secondo il *Modello di Domanda* riportato in calce al presente avviso, con allegata la Dichiarazione di Affidabilità Giuridico Economico Finanziaria, devono essere inoltrate, pena esclusione, a mezzo posta certificata PEC al seguente indirizzo: avvisi.uslcentro@postacert.toscana.it

Nell'oggetto della mail dovrà essere riportata la dicitura “Manifestazione di interesse per n. 20 posti Hospice ambito territoriale Firenze”.

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 file.

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 termine fissato per la presentazione della domanda è perentorio. Non è ammessa la presentazione di documenti oltre la scadenza del termine per la presentazione delle domande.

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 all'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.

5. Documentazione richiesta

Nella domanda di partecipazione gli interessati devono indicare, in autocertificazione ai sensi dell'art. 15 della L.183/2011:

- gli estremi dei documenti di autorizzazione e di accreditamento;
- i requisiti oggetto di valutazione al paragrafo 6 dell'avviso;
- dichiarazione di affidabilità giuridico economico finanziaria (*allegato 1 al modello di domanda*)
- elenco personale in dotazione (*allegato 2 al modello di domanda*)

Devono, inoltre, impegnarsi:

- a) a mettere a disposizione i posti di residenzialità Hospice per l'ambito territoriale di Firenze per n. 365 giorni l'anno;
- b) ad assicurare la capacità produttiva ed organizzativa per rispondere alle necessità dell'Azienda;
- c) a garantire i ricoveri programmati dal lunedì al sabato e di assicurare anche i ricoveri non programmati;
- d) a garantire la collaborazione con gli ospedali e i servizi territoriali ASLTC;
- e) a garantire l'espletamento degli obblighi informativi richiesti dalla ASLTC;
- f) a garantire la funzione di interpretariato e mediazione culturale;
- g) ad accettare l'applicazione della tariffa di € 250,00, per le giornate di effettiva presenza degli utenti;
- h) a garantire di predisporre e aggiornare il PAI (piano assistenziale individuale) di ogni paziente, concordato con il medico responsabile dell'invio e aggiornato dall'equipe multiprofessionale;
- i) a garantire di monitorare e inviare all'Azienda un set di indicatori clinico-assistenziali che saranno riportati nell'accordo contrattuale;
- j) a garantire l'applicazione di protocolli forniti dall'ASLTC;
- k) ad essere in possesso di (oppure di impegnarsi a stipulare prima della sottoscrizione dell'accordo contrattuale) polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti l'attività svolta per conto dell'Azienda con mezzi, strumenti e personale propri della struttura, nonché una polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi, come al paragrafo 3;
- l) a garantire che il personale sanitario e assistenziale che effettuerà le prestazioni oggetto del presente avviso non si trovi in situazioni di incompatibilità rispetto alla L. 412/91 e L. 662/96;
- m) ad accettare le ulteriori specifiche organizzative del servizio richiesto, che saranno oggetto dell'accordo contrattuale che sarà stipulato ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.lgs n. 502/1992 e ss.mm. ii..

Infine, devono dichiarare:

- n) di aver preso visione di tutte le disposizioni del presente avviso e di impegnarsi a presentare, all'atto di sottoscrizione dell'accordo, eventuale ulteriore documentazione richiesta dall'Azienda, ove necessario;
- o) 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;
- p) di prendere atto che a seguito del controllo effettuato dall'ASLTC su quanto dichiarato rispetto al precedente punto, in caso di non veridicità il contratto sottoscritto è soggetto a risoluzione;
- q) di prendere altresì atto che l'Azienda non sottoscriverà contratto laddove il soggetto che ha presentato istanza abbia dimostrato significative e persistenti carenze nell'esecuzione di precedenti contratti che ne

hanno causato la risoluzione per inadempimento, ovvero condanna al risarcimento del danno o altre sanzioni comparabili;

- r) di prendere atto che l'Azienda non è tenuta al pagamento di prestazioni rese al di fuori del budget assegnato, ovvero il superamento del tetto assegnato non garantisce alcuna pretesa creditizia da parte della struttura,
- s) di essere consapevoli che il presente avviso di manifestazione di interesse non costituisce necessariamente impegno per l'Azienda di instaurare futuri accordi contrattuali.

L'Azienda si riserva di effettuare verifiche a campione sulle cartelle cliniche degli ospiti della struttura, al fine di valutare la completezza della compilazione e l'aggiornamento.

La domanda, sottoscritta dal legale rappresentante della Struttura, o procuratore, con allegata la copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità, deve riportare la seguente dicitura, datata e firmata:

"Il sottoscritto (cognome e nome) legale rappresentante/procuratore della struttura....., ai sensi di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 come modificato dalla L. 183/2011, consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che tutte le eventuali fotocopie allegate alla domanda di partecipazione all'avviso sono conformi all'originale in suo possesso e che ogni dichiarazione resa risponde a verità".

Fermo restando 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 potrà 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.

6. Valutazione delle domande

Fermo restando il requisito di accesso di cui al paragrafo 2, le domande presentate saranno valutate da una Commissione, secondo i criteri di seguito specificati:

- Ubicazione e caratteristiche della struttura (allegare planimetria) - *punti da 0 a 5*
- Personale in dotazione (elenco con curricula e iscrizione a albo prof.le ove richiesto) – *punti da 0 a 10*
- Esperienza maturata nel settore (numero mesi/anni) - – *punti da 0 a 5*

7. Graduatoria

Sulla base della valutazione effettuata secondo i criteri sopra indicati, l'esito sarà approvato con delibera del Direttore Generale pubblicata sul sito web dell'Azienda USL Toscana Centro.

Con la struttura individuata sarà sottoscritto l'accordo contrattuale, ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D. Lgs.vo 502/1992 e ss.mm.ii.

Nel caso più soggetti riportino il medesimo punteggio, i posti e il tetto finanziario max saranno suddivisi in maniera paritaria.

8. Trattamento dati personali

I dati personali forniti dagli interessati saranno raccolti presso le strutture organizzative dell'Azienda U.S.L. Toscana Centro per le finalità dell'avviso e trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 196/2003.

La comunicazione dei dati ad altri soggetti pubblici e ai privati verrà effettuata in esecuzione di obblighi di legge e di regolamento, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, ai sensi di quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 196/2003, dalle ulteriori disposizioni integrative e dal Regolamento EU 2016/679.

9 Pubblicità

Il presente Avviso sarà pubblicato per n. 15 giorni consecutivi sul sito web dell'Azienda USL Toscana Centro al seguente indirizzo: www.uslcentro.toscana.it nella sezione Bandi - Concorsi - Avvisi.

10. Informazioni

Per eventuali chiarimenti ed informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi alla S.O.S. Procedure amministrative privato accreditato - Piazza Ospedale n. 5 – Prato, telefonando, dalle ore 11.00 alle ore 12.30 dal lunedì al venerdì, al seguente numero: 0574-807965.

.....

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.

Per quanto non previsto dal presente avviso, si rimanda a quanto stabilito dalle disposizioni di legge e regolamenti in vigore.

Il Direttore Generale
ing. Valerio Mari

Firenze, 03.03.2026

**All'Azienda Usl Toscana Centro
S.O.S. Procedure amministrative privato accreditato
P.za S. Maria Nuova n. 1
50122 FIRENZE**

Domanda partecipazione

Il/la sottoscritto/a legale rappresentante
della struttura, presa visione dell'Avviso di
Manifestazione di Interesse emesso da codesta Azienda con delibera del Direttore Generale n. 213 del
27.02.2026, per la sottoscrizione di accordo contrattuale, con struttura accreditata, per n. 20 posti
residenzialità Hospice nel Comune di Firenze,

MANIFESTA L'INTERESSE

a partecipare all'Avviso emesso dall'Azienda USL Toscana Centro per l'individuazione di struttura
sanitaria accreditata per la sottoscrizione di accordo contrattuale per n. 20 posti residenzialità Hospice nel
Comune di Firenze.

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 DPR 445/2000, come modificati dalla
L. 183/2011:

di essere il legale rappresentante della struttura:

partita IVA

con sede legale in via n.

sede della struttura in via n.

accreditata per n. posti residenzialità Hospice D.8

telefono per comunicazioni inerenti l'avviso

indirizzo di posta certificata

indirizzo e-mail per comunicazioni inerenti l'avviso

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 posta nel Comune di via n. è in possesso:
 - ✓ dell'autorizzazione al funzionamento con atto (*allegare copia*);
 - ✓ dell'accreditamento istituzionale per con atto n del (*allegare copia*);
- che presso la suddetta struttura saranno messi a disposizione n. 20 posti residenzialità Hospice;
- di accettare l'applicazione della tariffa di € 250,00, per le giornate di effettiva presenza degli utenti;
- di garantire i requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici come da Regolamento Attuativo Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 79/r del 17.11.2016 e n. 90r/2020 – D.8 Hospice, nonché quanto richiesto nell'avviso;
- di assicurare la capacità produttiva ed organizzativa per rispondere alle necessità dell'Azienda;
- di garantire la collaborazione con gli ospedali e i servizi territoriali ASLTC;
- di garantire l'espletamento degli obblighi informativi richiesti dalla ASLTC;
- di impegnarsi a garantire quanto al paragrafo 3 e al paragrafo 5 dell'avviso;
- 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 essere in possesso di polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti l'attività svolta per conto dell'Azienda con mezzi, strumenti e personale propri della struttura, nonché polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi (o di impegnarsi alla stipula prima della sottoscrizione dell'accordo) come al paragrafo 3 dell'avviso;
- 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 prendere atto che, a seguito del controllo effettuato dall'Azienda USL Toscana Centro su quanto dichiarato rispetto al precedente punto, in caso di non veridicità il contratto sottoscritto è soggetto a risoluzione;
- di prendere altresì atto che L'Azienda non sottoscriverà contratto laddove il soggetto che ha presentato istanza abbia dimostrato significative e persistenti carenze nell'esecuzione di precedenti contratti che ne hanno causato la risoluzione per inadempimento, ovvero condanna al risarcimento del danno o altre sanzioni comparabili;
- di prendere atto che l'Azienda non è tenuta al pagamento di prestazioni rese al di fuori del budget assegnato, ovvero il superamento del tetto assegnato non garantisce alcuna pretesa creditizia da parte della struttura,

- di accettare le ulteriori specifiche organizzative del servizio richiesto, che saranno oggetto dell'accordo contrattuale che sarà stipulato ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.lgs n. 502/1992 e ss.mm. ii.;
- di aver preso visione di tutte le disposizioni dell'Avviso e di impegnarsi a presentare, all'atto di sottoscrizione dell'accordo, eventuale ulteriore documentazione richiesta dalla USL Toscana Centro, ove necessario;
- di essere consapevole che l'Avviso di Manifestazione di Interesse emesso dall'Azienda USL Toscana Centro non costituisce necessariamente impegno per quest'ultima per l'instaurazione di futuri accordi contrattuali.

Allegati all'istanza:

- Relazione con descrizione di quanto oggetto di valutazione al paragrafo 6 dell'avviso;
- Dichiarazione di Affidabilità Giuridico Economico Finanziaria (*compilazione allegato 1 al modello di domanda*)
- Elenco personale in dotazione per il servizio di cui all'avviso (*compilazione allegato 2 al modello di domanda in formato pdf e in formato editabile*)

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. 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)

(1) La firma non deve essere autenticata

**Manifestazione d'interesse rivolta alla sottoscrizione di accordi contrattuali per
n. 20 posti residenzialità Hospice – comune di Firenze**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI AFFIDABILITÀ GIURIDICO-ECONOMICO-FINANZIARIA
(ai sensi del DPR n. 445/00 e ss.mm.ii. artt. 46 e 47)**

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____
Via _____ n. _____
[*per le persone giuridiche*] legale rappresentante di:

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità (sbarrare i riquadri che interessano e riempire i campi vuoti con i propri dati:

Dichiara

- f) di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio,
- g) che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A.;
- h) di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;

per le persone giuridiche

|_ | di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:

INPS _____ matricola _____ sede di _____

INAIL _____ matricola _____ sede di _____

Altro Istituto: _____ ;

|_ | di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato;

|_ | di essere in regola, ove tenuto, con gli obblighi di cui alla L. 68/99 in merito al diritto al lavoro dei disabili. L'ufficio competente è: _____,

|_ | (*per le cooperative*) di applicare il contratto collettivo di lavoro anche per i soci della cooperativa.

|_ | di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato;

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

N.B. allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.

ELENCO PERSONALE IN DOTAZIONE

Denominazione struttura:

[illegible]

Data

Firma

Timbro

NB – compilare e allegare all’istanza in formato PDF e in formato editabile