

## ALLEGATO A – AVVISO

**Decreto Dirigenziale Regione Toscana 11178/2023: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici per le attività a valere sul Fondo per l'inclusione delle persone con disturbi dello spettro autistico di cui al Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2022.**

### Premessa

L'azienda USL Toscana Nord Ovest - Zona Distretto Versilia indice una procedura ad evidenza pubblica per manifestare l'interesse ad individuare soggetti economici, da iscrivere in apposito elenco, per l'erogazione di prestazioni relative alle attività del DDRT 11178/2023 a valere sul Fondo per l'inclusione delle persone con disturbi dello spettro autistico di cui al Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2022.

L'attuazione del progetto è volta alla promozione del benessere e della qualità della vita delle persone con disturbo dello spettro autistico (DSA) e delle loro famiglie, assistite in un contesto più ampio di inclusione sociale ed in particolare per il Progetto G *“Interventi volti alla formazione dei nuclei familiari che assistono persone con disturbo dello spettro autistico”*.

La procedura pubblica è rivolta a Psicologi specializzati in psicoterapia secondo quanto meglio disciplinato al seguente art. 4.

### Art. 1

#### Oggetto della manifestazione d'interesse

L'Azienda USL Toscana Nord Ovest - Zona Distretto Versilia attraverso una procedura ad evidenza pubblica mira a costituire un elenco di operatori qualificati per l'erogazione dei servizi previsti dall'Avviso regionale, ex DDRT 11178 del 19/05/2023 *“DGR 1518/2022 Fondo per l'inclusione delle persone con disturbi dello spettro autistico di cui al Decreto 29/07/2022”*, esclusivamente per garantire lo svolgimento di *“Interventi volti alla formazione dei nuclei familiari che assistono persone con disturbo dello spettro autistico”*.

### Art. 2

#### Destinatari dei Buoni Servizio

I destinatari dei buoni servizio sono genitori di minori con una diagnosi – effettuata dai servizi specialistici competenti - di disturbo dello spettro autistico (DSA), attualmente afferenti alla U.F. SMIA – Versilia.

### Art. 3

#### Interventi finanziabili

Gli operatori economici si dovranno occupare di interventi di formazione dei genitori attraverso incontri specifici individuali o in piccolo gruppo, eventualmente anche online. La letteratura e le linee guida indicano la terapia mediata dai genitori, soprattutto rivolta a genitori di bambini prescolari, come di fondamentale importanza nella presa in carico di bambini con DSA. Esistono diversi protocolli standardizzati, verranno valutati quelli più adatti per specifici gruppi di genitori.

**Il compenso lordo orario per i sopracitati interventi è pari ad € 45,00/ora.**

**Tale costo è comprensivo dei costi relativi al materiale di consumo ed altro materiale utilizzato dagli operatori che erogano le prestazioni, come ad esempio i DPI, è onnicomprensivo di tutti gli oneri, IVA inclusa, e dei costi e tempi di viaggio.**

#### Art. 4

##### Soggetti invitati a partecipare al presente Avviso

Sono invitati a partecipare al presente Avviso:

- Enti del terzo settore;
- Psicologi in possesso di abilitazione professionale e degli ulteriori specifici requisiti di seguito dettagliati
- Strutture sanitarie private accreditate

##### Requisiti richiesti:

- Laurea Vecchio ordinamento specialistica e/o magistrale in Psicologia ovvero in una delle discipline riconosciute equipollenti o affini ai sensi del DM 30/01/1998 e DM 31/01/98 e loro ss.mm.ii
- Specializzazione in Psicoterapia
- Iscrizione all'ordine degli psicologi
- Comprovata esperienza formativa (almeno 50 ore) e lavorativa (almeno 12 mesi) sui disturbi del neurosviluppo con specifica formazione sui disturbi dello spettro autistico, in particolare sulle tecniche di parent coaching, secondo il modello di Terapia Mediata da Genitori Cooperativa (TMG-C) da attestare specificamente nel curriculum vitae

L'Azienda USL Toscana Nord Ovest - Zona Distretto Versilia selezionerà i soggetti ritenuti idonei secondo i criteri specificati all'Art. 6 del presente Avviso. Tali soggetti saranno inclusi nell'apposito elenco dal quale i beneficiari potranno scegliere l'operatore economico che fornirà le prestazioni previste dal Piano individualizzato. Al momento dell'attivazione dei servizi i beneficiari saranno chiamati a sottoscrivere un piano di spesa con il soggetto attuatore.

Gli operatori economici che intendono iscriversi al redigendo elenco, si obbligano ad attivare le prestazioni su tutto il territorio della Zona Versilia o previo accordo con la UF SMIA nei presidi distrettuali della Zona.

Gli operatori economici dovranno essere in possesso dei requisiti necessari per instaurare rapporti contrattuali con la P.A. In particolare gli operatori economici, prima dell'avvio del servizio, dovranno essere in possesso dei requisiti previsti dalla legge regionale 82/2009 e gli operatori economici individuali dovranno anche essere in possesso di abilitazione professionale ed iscrizione all'albo.

#### Art. 5

##### Modalità di presentazione delle manifestazioni d'interesse

La manifestazione d'interesse al presente avviso dovrà essere redatta unicamente secondo gli allegati schemi 1-2 e dovrà pervenire mediante **posta elettronica certificata** con oggetto **“Zona Versilia – PROGETTO AUTISMO ZDVAUT23 - manifestazione d'interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici”** da inviare all'indirizzo [direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it) *(la documentazione, debitamente sottoscritta, dovrà essere scannerizzata ed inviata come allegato in formato pdf).*

Al fine di garantire la possibilità di accedere all'elenco degli operatori economici interessati sarà possibile iscriversi per l'intera durata del progetto. **Il primo elenco degli operatori economici selezionati** sarà approvato entro il giorno 10/02/2025 e **sarà relativo alle domande pervenute entro il giorno 01/02/2025.** Tale registro sarà aggiornato successivamente, di norma, a cadenza mensile.

#### Art. 6

##### Modalità e criteri di selezione degli operatori

La valutazione delle proposte di adesione pervenute sarà effettuata da una specifica Commissione Tecnica. Tale commissione avrà il compito di valutare il possesso di requisiti necessari per lo svolgimento delle prestazioni e quelli specifici di esperienza formativa e lavorativa documentata nell'ambito degli interventi e dei destinatari di cui all'artt. 2 e 3 del presente Avviso.



## **Art. 7**

### **Responsabile del procedimento**

Ai sensi dell'art. 8 della Legge 7 agosto 1990 n. 241 e successive modifiche si comunica che il responsabile del procedimento è la Dirigente Amministrativa, Dott.ssa Manuela Folena. Per chiarimenti ed informazioni è possibile inviare una mail con oggetto "*Quesito manifestazione di interesse Progetto Autismo*" al seguente indirizzo: [elena.dellamico@uslnordovest.toscana.it](mailto:elena.dellamico@uslnordovest.toscana.it)

## **Art. 8**

### **Informativa sulla privacy**

Relativamente alle esigenze di tutela della privacy, si informa che:

- a) il trattamento dei dati personali è finalizzato unicamente allo svolgimento della presente procedura di evidenza pubblica ed eventuale successivo rapporto contrattuale;
- b) il trattamento sarà effettuato da soggetti appositamente incaricati, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate;
- c) il conferimento dei dati è necessario per la partecipazione alla procedura;
- d) i dati stessi potranno essere comunicati ai soggetti preposti ai bandi di gara, ai rapporti contrattuali e alla verifica ispettiva sulla gestione del patrimonio pubblico, e a tali fine potranno essere diffusi;
- e) gli interessati potranno avvalersi dei diritti riconosciuti dalla normativa ed in particolare il diritto di ottenere la conferma del trattamento dei propri dati personali e di chiederne l'aggiornamento o la rettifica, se erronei, rivolgendo la richiesta al responsabile del trattamento;
- f) contestualmente alla stipula della convenzione per la realizzazione di quanto co-progettato si procederà alla sottoscrizione di un Atto Giuridico di definizione delle responsabilità nella materia della protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 28 paragrafo 3. del Regolamento Europeo sulla Privacy (n. 679 del 27/04/16 del parlamento Europeo e del Consiglio).

**MODELLO 1) da compilare a cura degli Enti del Terzo Settore/Strutture Sanitarie Private****ZONA DISTRETTO VERSILIA - FONDO PER L'INCLUSIONE DELLE PERSONE CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (DM 29/07/22)**

**MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER  
L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI ECONOMICI a valere sul Fondo per  
l'inclusione delle persone con disturbi dello spettro autistico di cui al Decreto della Presidenza del  
Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2022 - DDRT 11178/2023**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_ /  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_ ) Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante di  
\_\_\_\_\_ avente sede legale in  
\_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_ )  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
C.F./P.IVA \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ ,e-mail  
\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ avente la seguente  
forma giuridica: \_\_\_\_\_ (inserire altri  
eventuali recapiti telefonici \_\_\_\_\_)

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di “Interventi volti alla formazione dei nuclei familiari che assistono persone con disturbo dello spettro autistico”**

**e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE L'OPERATORE \_\_\_\_\_  
(compilarne uno ad operatore):**

- è in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_
- è iscritto all'albo/ordine professionale \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_
- ha conseguito la specializzazione in Psicoterapia in data \_\_\_\_\_
- ha comprovata esperienza formativa (almeno 50 ore) e lavorativa (almeno 12 mesi) sui disturbi del neurosviluppo con specifica formazione sui disturbi dello spettro autistico, in particolare sulle tecniche di parent coaching, secondo il modello di Terapia Mediata da Genitori (TMG-C) da attestare specificamente nel curriculum vitae

· l'impresa/ente svolge attività di:



- può dimostrare l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso, come di seguito indicato:

- risorse (mezzi, attrezzature, personale, capitale) dell'operatore economico nel suo complesso:

- risorse (mezzi, attrezzature, capitale) effettivamente messe a disposizione delle attività progettuali oggetto del presente avviso.



· il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta essere quello di seguito elencato

Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse (max 1 pagina) :

**DICHIARA inoltre**

- di essere accreditato, per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della LR 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specificate;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e di accettare quanto in esso previsto;



- che nel proprio Statuto è prevista la realizzazione di attività compatibili con quelle richieste dall'Amministrazione;
- di non trovarsi nelle condizioni di esclusione previste dall'art. 80, del D. Lgs. 50/2016 e s.m.i., per quanto compatibili con la natura giuridica degli Enti del Terzo settore e di non trovarsi in alcuna ipotesi di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione prevista dalla legge;
- l'insussistenza di ipotesi di conflitto di interesse previste dall'art. 42 del D.Lgs n.50/2016 nei confronti della Zona Versilia;
- di essere in regola con gli adempimenti in materia previdenziale, assistenziale e assicurativa nei confronti del personale dipendente;
- di avere preso visione di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sullo svolgimento delle attività progettuali e di avere ritenuto le condizioni tali da consentire la presentazione del progetto per la sua realizzazione;
- di conoscere ed accettare integralmente, senza alcuna riserva, tutte le condizioni dell'avviso di selezione;
- di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del GDPR 679/2016 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

#### **S'IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti.

#### **ALLEGA**

- i curricula degli operatori che saranno impiegati nelle attività e copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità

(luogo e data)

---

(firma del legale  
rappresentante)



**MODELLO 2) da compilare a cura dei liberi professionisti**

**ZONA DISTRETTO VERSILIA - FONDO PER L'INCLUSIONE DELLE PERSONE CON DISTURBI  
DELLO SPETTRO AUTISTICO (DM 29/07/22)**

**MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER  
L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI ECONOMICI INDIVIDUALI a valere sul  
Fondo per l'inclusione delle persone con disturbi dello spettro autistico di cui al Decreto della  
Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2022 - DDRT 11178/2023**

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**nato/a** a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / **C.F./P.IVA** \_\_\_\_\_

**residente in** \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_ ) **Via** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_

**P.IVA** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_ ,

**e-mail** \_\_\_\_\_ **PEC** \_\_\_\_\_

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di “Interventi  
volti alla formazione dei nuclei familiari che assistono persone con disturbo dello spettro autistico”**

**e a tal fine DICHIARA E INFORMA:**

- di essere in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_
- di essere iscritto all'albo/ordine professionale \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_
- di avere conseguito la specializzazione in Psicoterapia in data \_\_\_\_\_
- di avere Comprovata esperienza formativa (almeno 50 ore) e lavorativa (almeno 12 mesi) sui disturbi del neurosviluppo con specifica formazione sui disturbi dello spettro autistico, in particolare sulle tecniche di parent coaching, secondo il modello di Terapia Mediata da Genitori (TMG-C) da attestare specificamente nel curriculum vitae

Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse (max 1 pagina):





## DICHIARA inoltre

- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e di accettare quanto in esso previsto;
- di non trovarsi nelle condizioni di esclusione previste dall'art. 80, del D. Lgs. 50/2016 e s.m.i., e di non trovarsi in alcuna ipotesi di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione prevista dalla legge;
- l'insussistenza di ipotesi di conflitto di interesse previste dall'art. 42 del D.Lgs n.50/2016 nei confronti della Zona Versilia;
- di avere preso visione di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sullo svolgimento delle attività progettuali e di avere ritenuto le condizioni tali da consentire la presentazione del progetto per la sua realizzazione;
- di conoscere ed accettare integralmente, senza alcuna riserva, tutte le condizioni dell'avviso di selezione;
- essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del GDPR 679/2016 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

## S'IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti.

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

**N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità e Curriculum vitae**

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: MANUELA FOLENA

DATA FIRMA: 17/01/2025 11:45:36

IMPRONTA: 33643130373835623532373731636535303564656339623531653266633032366237343735663930