



Agli Operatori Economici Interessati

Oggetto: Indagine di mercato esplorativa relativa al servizio per la consulenza organizzativa, la supervisione ed il miglioramento delle competenze cliniche sui percorsi rivolti ad utenti con disabilità intellettiva e disturbo dello spettro autistico.

Importo complessivo a base d'asta € 38.000,00 iva inclusa.

Con la presente si intende espletare indagine di mercato finalizzata alla strutturazione di percorsi organizzativi e di presa in carico in età evolutiva ed età adulta di utenti con disabilità intellettiva e disturbo dello spettro autistico.

Possono presentare istanza i soggetti di cui all'art. 45 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.

Requisiti minimi richiesti all'Operatore Economico:

- essere in possesso dei requisiti di ordine generale ai sensi dell'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.;
- iscrizione alla Camera di Commercio per l'attività di cui trattasi;
- esperienza almeno biennale documentata mediante la sussistenza di rapporti contrattuali nei seguenti servizi:
 - intervento psicofarmacologico nei disturbi della condotta e comorbidità psicopatologica in utenti con disabilità intellettiva e/o autismo in età evolutiva ed età adulta
 - trattamento psicoeducativo di tipo comportamentale di disturbi del comportamento e disturbi psicopatologici dimostrabile anche attraverso pubblicazioni scientifiche attinenti al tema
 - analisi applicata del comportamento (con/senza certificazione internazionale) volta alla promozione di abilità socio-comunicative e adattive nei disturbi dello spettro autistico e disabilità intellettiva in età evolutiva ed età adulta
 - gestione dei modelli di management clinico-organizzativo (impatto del cambiamento dei modelli organizzativi nella gestione dei comportamenti disadattivi e dei disturbi psicopatologici), dimostrabile anche attraverso pubblicazioni scientifiche attinenti al tema
 - management clinico organizzativo nella gestione di posti sanitari e socio sanitari in residenze e semiresidenze per soggetti con disturbo dello spettro autistico

Le manifestazioni di interesse a partecipare alla procedura in oggetto dovranno essere inviate esclusivamente via e-mail all'indirizzo pec: azienda@pec.auslromagna.it e p.c. a fabio.semprini@auslromagna.it entro e non oltre il giorno 16/12/2017, come da fac – simile allegato 1.

Si precisa che:

- l'acquisizione delle candidature non comporta l'assunzione di alcun obbligo specifico da parte dell'AUSL, che non si assume alcun vincolo alla prosecuzione della propria attività negoziale, né l'attribuzione ai candidati di alcun diritto in ordine all'assegnazione della fornitura;
- non sono previste, in questa fase procedimentale, né graduatorie, né attribuzione di punteggi, né altre classifiche di merito in quanto la finalità del presente avviso è limitata all'acquisizione della conoscenza e della disponibilità di operatori economici in grado di fornire la fornitura richiesta, con i requisiti indicati.

Descrizione del servizio:

Il servizio richiesto all'appaltatore consiste in:

- consulenza organizzativa sulla costruzione dei percorsi di emergenza urgenza e sulla gestione della residenzialità e semiresidenzialità per soggetti con disturbo dello spettro autistico
- supervisione indiretta e diretta su singoli casi per l'età evolutiva dell'equipe dedicata alla diagnosi e presa in carico dei disturbi dello spettro autistico, all'interno delle U.O. N.P.I.A.
- consulenza\supervisione su casi complessi (comportamenti problema, diagnosi di comorbidità psicopatologica, neurologica ed internistica, trattamento farmacologico) su equipe sanitarie età adulta, anche con il coinvolgimento dei servizi di emergenza ospedaliera psichiatrica

In considerazione dell'urgenza di attivare il suddetto servizio entro il 15/01/2018, i termini per presentare istanza di partecipazione vengono fissati al giorno 16/12/2017.

Sulla base degli esiti della presente indagine, l'AUSL procederà con un'apposita procedura di acquisizione ai sensi dell'art. 36 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., la cui documentazione indicherà i criteri di aggiudicazione e tutte le condizioni contrattuali.

Il presente avviso è finalizzato ad un'indagine di mercato, non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo l'Amministrazione che sarà libera di eseguire anche altre procedure.

L'amministrazione appaltante si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di sua esclusiva competenza, il procedimento avviato, senza che i soggetti richiedenti possano vantare alcuna pretesa.

Si richiede inoltre di specificare sempre ed in modo chiaro l'indirizzo PEC per ricevere le eventuali informazioni e la relativa documentazione di gara.

Informazioni e tutela privacy:

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. s'informa che i dati forniti in sede di richiesta di partecipazione saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla presente procedura ed a tutte le successive fasi della stessa.

" Responsabile del procedimento: Fabio Semprini (0541-707080), fabio.semprini@auslromagna.it

Allegato 1:

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Rimini, 7 dicembre 2017

Il Direttore U.O. Gestione Rapporti con i Servizi Socio Sanitari Accreditati

Orietta Versari



Spett.le
All'AUSL della Romagna
U.O. Gestione Rapporti con i
Servizi Socio Sanitari Accreditati
Via Coriano, 38
47924 - Rimini

OGGETTO: Indagine di mercato esplorativa relativa al servizio per la consulenza organizzativa, la supervisione ed il miglioramento delle competenze cliniche sui percorsi rivolti ad utenti con disabilità intellettiva e disturbo dello spettro autistico. Importo complessivo a base d'asta € 38.000,00 iva inclusa.

Il sottoscritto _____ codice fiscale n. _____
nato il _____ a _____
in qualità di _____
della Ditta _____
con sede in _____
in via _____ n. _____ Cap. _____
Tel. n. _____ Fax n. _____
PEC _____
partita IVA n. _____
codice fiscale _____

esaminato l'avviso finalizzato ad una indagine di mercato

MANIFESTA INTERESSE

ad essere invitato a presentare la propria offerta per l'aggiudicazione del servizio in oggetto.
A tal fine dichiara di voler partecipare in qualità di (croettare la opzione pertinente)

- Impresa Individuale
- Società Commerciale
- Società Cooperativa iscritta all'Albo delle cooperative
- Fondazione
- Consorzio (che si riserva di indicare la o le impresa/e consorziata/e in sede i offerta)
- Impresa Capogruppo di raggruppamento temporaneo da costituire con i seguenti soggetti:

- Impresa Mandante di raggruppamento temporaneo

DICHIARA

- che l'operatore economico che si rappresenta ed i soggetti di cui al comma 3 dell'art. 80 del D.Lgs. n. 50/16, non incorre / incorrono in nessuno dei motivi di esclusione di cui al citato art. 80 commi 1, 2,4 e 5 Dlgs. n. 50/16;

- di essere iscritto nel registro delle Imprese della Camera di Commercio, Industria, Agricoltura, Artigianato di _____ dal _____ al numero registro ditte/repertorio amministrativo _____

- di avere stipulato rapporti contrattuali di durata almeno biennale nei seguenti servizi:

- intervento psicofarmacologico nei disturbi della condotta e comorbidità psicopatologica in utenti con disabilità intellettiva e/o autismo in età evolutiva ed età adulta
- trattamento psicoeducativo di tipo comportamentale di disturbi del comportamento e disturbi psicopatologici dimostrabile anche attraverso pubblicazioni scientifiche attinenti al tema
- analisi applicata del comportamento (con\senza certificazione internazionale) volta alla promozione di abilità socio-comunicative e adattive nei disturbi dello spettro autistico e disabilità intellettiva in età evolutiva ed età adulta
- gestione dei modelli di management clinico-organizzativo (impatto del cambiamento dei modelli organizzativi nella gestione dei comportamenti disadattivi e dei disturbi psicopatologici), dimostrabile anche attraverso pubblicazioni scientifiche attinenti al tema
- management clinico organizzativo nella gestione di posti sanitari e socio sanitari in residenze e semiresidenze per soggetti con disturbo dello spettro autistico

- di essere in grado di documentare quanto sopra dichiarato.

COMUNICA

I dati necessari per eventuali successive comunicazioni relative alla procedura di cui in oggetto:

Denominazione _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Cell _____ E-mail _____

Referente _____ Cell _____

E- Mail _____

fax: _____ / _____ ;

Pec: _____ .

LUOGO e DATA

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

TIMBRO E FIRMA

N.B.

La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore.