

**AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, RIVOLTO AD ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO, PER LO SVILUPPO DI UN PROGETTO INERENTE L'ATTIVITA' DI CLOWN TERAPIA PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI PARMA ( ai sensi dell'art. 56 del D. Lgs. n. 117/2017 e ss.mm.ii.).**

**PREMESSA**

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma negli anni ha consolidato proficue relazioni istituzionali con gli Enti del Terzo Settore (ETS) per il perseguimento di importanti obiettivi legati al soddisfacimento di attività accessorie e complementari ai bisogni sanitari della popolazione e all'implementazione di percorsi di formazione e di promozione della salute.

Le attività realizzate per mezzo delle convenzioni stipulate con le organizzazioni di volontariato assumono un valore aggiunto di grande importanza per i pazienti e le loro famiglie.

**Art. 1 - DESTINATARI**

Il presente avviso, finalizzato alla stipula di convenzione totalmente gratuita, è rivolto alle organizzazioni di volontariato (ODV) in possesso dei seguenti requisiti:

- a. Iscrizione nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore, previsto dagli articoli 45 e ss. del CTS, da almeno 6 mesi e assenza di procedure di cancellazione in corso. Nelle more della messa a regime del Registro medesimo, il requisito dell'iscrizione si intende soddisfatto da parte delle reti associative e delle Organizzazioni di volontariato attraverso la loro iscrizione a uno dei registri attualmente previsti dalle normative di settore (art. 101, comma 3, Codice Terzo Settore);
- b. ottemperanza a tutte le prescrizioni di legge in materia di assicurazioni/polizza assicurativa per gli infortuni e a tutte le disposizioni di legge relativamente all'impiego di volontari secondo quanto specificato dall'art.18 del D. Lgs. 117/2017;
- c. assenza di ogni situazione soggettiva che possa determinare l'esclusione dalla selezione o di situazioni di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione o di conflitto di interesse (ex art. 80 del D. Lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii);
- d. clausola statutaria che preveda la realizzazione di attività compatibili con quelle di cui al presente avviso;
- e. adeguata esperienza maturata nello svolgimento di servizi analoghi nell'ambito del Servizio Sanitario;
- f. adeguata organizzazione per lo svolgimento del servizio;
- g. adeguata formazione e aggiornamento dei volontari.

**Art. 2 - OGGETTO E FINALITÀ DELL'AVVISO**

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma intende acquisire, attraverso l'indizione del presente avviso di manifestazione di interesse, le domande di partecipazione da parte delle organizzazioni di volontariato interessate a collaborare allo sviluppo di un progetto inerente l'attività di clown terapia da effettuarsi presso alcune UU.OO. di questa Azienda.

L'attività che sarà offerta dall'organizzazione di volontariato prescelta sarà regolamentata da apposita convenzione, di durata triennale.

### **ART. 3 – ATTIVITÀ**

L'attività che sarà offerta dai volontari dell'ODV individuata sulla base della presente procedura è di carattere non sanitario e consisterà, su richiesta dei pazienti/utenti, esclusivamente, nell'attività di clown-terapia (*o terapia del sorriso*), quale supporto morale e sociale, al fine di infondere buonumore ai pazienti ricoverati presso i reparti dell'Azienda e ai loro familiari.

Nello specifico, si chiede all'ODV la disponibilità a svolgere, presso le Unità Operative indicate al successivo art. 4, l'attività in oggetto con una frequenza di norma settimanale (fatte salve diverse indicazioni del Direttore dell'U.O. interessata o del referente progettuale dallo stesso indicato) precisando che, in fase progettuale, sarà possibile all'ODV indicare anche una disponibilità maggiore.

### **ART. 4 - SEDI DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ**

L'attività di clown terapia di cui al presente avviso è prevista nelle seguenti UU.OO.:

- Medicina Riabilitativa
- Clinica Geriatrica
- Geriatria
- Oncologia Medica

L'individuazione delle UU.OO. interessate è, tuttavia, indicativa e non è vincolante per l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma.

L'Azienda, su richiesta di ulteriori UU.OO. e su accettazione espressa dell'ODV, si riserva di ampliare, mediante semplice scambio di corrispondenza, il novero delle UU.OO. presso cui estendere lo svolgimento di suddetta attività.

### **Art. 5 - PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

Le ODV interessate dovranno presentare apposita domanda di partecipazione, sottoscritta per esteso dal legale rappresentante dell'ODV, utilizzando lo schema di domanda allegato al presente Avviso (Allegato 1) e completa della seguente documentazione richiesta nello stesso:

- documento di identità, in corso di validità, del legale rappresentante;
- dichiarazione, sotto forma di atto notorio, del numero dei volontari autorizzati e in possesso delle competenze necessarie a svolgere l'attività, controfirmata dal Legale Rappresentante;
- progetto tecnico-gestionale per l'ambito di attività indicato in avviso.

Le ODV interessate dovranno, altresì, dichiarare il possesso dei seguenti requisiti:

- iscrizione nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore e, nelle more della messa a regime del Registro medesimo, l'iscrizione al Registro regionale del Volontariato;
- rispetto di tutte le prescrizioni di legge in materia di assicurazioni/polizza assicurativa per gli infortuni e di tutte le disposizioni di legge relativamente all'impiego di volontari secondo quanto specificato dall'art.18 del D. Lgs. 117/2017;
- insussistenza di cause da cui possa derivare l'esclusione dalla procedura o incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione né di conflitto di interesse.

Le dichiarazioni dovranno essere rese nella forma prevista dal D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione, per i dati oggetto di registrazione in pubblici registri, o dichiarazione sostitutiva di atto notorio), attraverso il modulo allegato al presente avviso.

## **Art. 6 – TERMINI PER LA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

La domanda redatta secondo il modulo allegato (Allegato 1), completa della documentazione richiesta e con l'esatta indicazione del nominativo del mittente, dell'indirizzo, del numero di telefono e della pec/e-mail dovrà essere inviata ENTRO IL TERMINE stabilito del giorno **20 AGOSTO 2021 alle ore 12.00.**

Le domande di partecipazione all'Avviso potranno essere consegnate con una delle seguenti modalità:

- **a mezzo PEC** all'indirizzo: **protocollo@cert.ao.pr.it**
- **mediante consegna a mano**, presso l'UFFICIO PROTOCOLLO negli orari d'apertura al pubblico (Lunedì-Venerdì: 9.00 – 12.00; Giovedì. 9.00-17.00) presso la sede legale dell'Azienda in Via Gramsci, 14 43126 – Parma;

Nell'oggetto della PEC o sulla busta (chiusa e sigillata), a seconda della modalità di invio, dovrà essere presente la seguente dicitura: **“DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, DIRETTO AD ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO, PER LO SVILUPPO DI UN PROGETTO INERENTE L'ATTIVITA' DI CLOWN TERAPIA PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI PARMA”**

## **Art. 7 - VERIFICA DEI REQUISITI**

Le domande saranno oggetto di verifica condotta da apposita Commissione tecnica nominata dal Direttore Generale dell' Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

La Commissione tecnica si riserva la possibilità di chiedere eventuali integrazioni della documentazione presentata a corredo della domanda.

## **Art. 8 - CRITERI DI VALUTAZIONE:**

La valutazione tenderà ad accertare i seguenti aspetti:

- modalità di gestione ed esecuzione delle attività, nonché organizzazione utilizzata in rapporto alle UU.OO. destinatarie dell'attività;
- esperienza maturata e/o progetti realizzati nell'ambito ospedaliero e/o del Servizio Sanitario Regionale;
- numero dei volontari messi a disposizione in rapporto all'attività e garanzie rispetto all'operatività degli stessi;
- rapporti con il territorio (livello di conoscenza del territorio, capacità di sviluppare nuove e diverse progettualità con le istituzioni e gli enti del Terzo Settore del territorio, coinvolgimento nel lavoro di comunità);
- presidi e misure igieniche sanitarie inerenti le attività prestate.

La Commissione valuterà i requisiti richiesti e, in caso di riscontro positivo, procederà alla valutazione del progetto di attività presentato da ciascuna ODV sulla base dei criteri sopra citati.

La Commissione potrà anche chiedere ulteriori chiarimenti rispetto alle domande e ai progetti presentati.

## **ART. 9– STIPULA DELLA CONVENZIONE**

Il rapporto di collaborazione tra l’Azienda e l’Organizzazione di volontariato individuata sulla base del presente avviso sarà disciplinato mediante apposita convenzione, di durata triennale.

## **Art. 10 - OBBLIGHI IN CAPO AL SOGGETTO INDIVIDUATO**

L’organizzazione di volontariato individuata a esito della presente procedura ha l’obbligo di comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che comporti la perdita dei requisiti previsti dal presente avviso. In tal caso l’Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma potrà recedere dalla convenzione; analogamente l’Azienda procederà anche nel caso in cui accerti d’ufficio la perdita dei suddetti requisiti da parte dell’ODV interessata.

## **ART. 11 - PRIVACY – TRATTAMENTO DEI DATI**

Ai sensi del D.lgs. 196/2003 (D.lgs. 101/2018) e del Regolamento Europeo 979/2016, i dati forniti dall’Associazione per la presentazione della manifestazione di interesse saranno raccolti presso le strutture organizzative competenti dell’Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma per le finalità dell’eventuale instaurazione del rapporto convenzionale e per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio.

L’interessato gode 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, oltre a quello di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti dell’Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma.

L’Organizzazione di Volontariato garantirà, a propria volta, il pieno rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali di cui al D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento Europeo per la protezione dei dati, nonché delle norme di legge e regolamentari comunque vigenti in materia, sia nei trattamenti interni che nelle eventuali comunicazioni esterne.

In corso di svolgimento del rapporto convenzionale, l’Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma sarà il Titolare del trattamento dei dati e individuerà quale Responsabile esterno del trattamento l’Associazione aggiudicataria che nominerà, a sua volta i volontari incaricati del trattamento.

## **Art. 12 -FORO COMPETENTE**

Per ogni eventuale controversia si individua il Foro competente nel Tribunale di Parma.

Il Direttore Generale dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma  
Dr. Massimo Fabi

**Da presentare in busta chiusa e sigillata**

**Spett.le**

**Azienda Ospedaliero – Universitari di Parma**

Via Gramsci, 14

43126 Parma

*c.a. Struttura Complessa Affari Generali*

**OGGETTO: Domanda di partecipazione all’Avviso pubblico di Manifestazione di interesse, diretto ad organizzazioni di volontariato, per lo sviluppo di un progetto inerente l’attività di clown terapia presso le UU.OO. dell’Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma.**

Il sottoscritto ....., nella qualità di legale rappresentante della Organizzazione ....., in relazione all’Avviso pubblico di Manifestazione di interesse, pubblicato sul sito web aziendale, con la presente domanda intende partecipare alla procedura in oggetto.

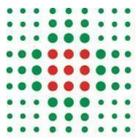
A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. n. 445/2000 e ss. mm., consapevole delle responsabilità derivanti dall’aver reso dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

1) i dati identificativi dell’Organizzazione di volontariato da me rappresentata:

a) denominazione: \_\_\_\_\_;

b) sede legale e riferimenti:



Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_;

indirizzo PEC \_\_\_\_\_@ \_\_\_\_\_;

P.IVA \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_;

c) attività principale (come da Codice ATECO e/o da Statuto) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

d) attività secondarie: \_\_\_\_\_;

e) n. \_\_\_\_\_ iscrizione nel/i Registro/i di appartenenza;

f) recapiti telefonici: tel: \_\_\_\_\_;

2) di essere in possesso – ai fini della partecipazione alla procedura ad evidenza pubblica – dei requisiti previsti dall’Avviso pubblico;

3) di essere in possesso dell’assicurazione prevista tra i requisiti dell’Avviso pubblico;

4) di conoscere ed accettare senza riserva alcuna l’Avviso pubblicato ed i relativi Allegati;

5) che non sussistono cause da cui possa derivare l’esclusione dalla procedura o incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione né ipotesi di conflitto di interesse, di cui alla legge n. 241/1990 e ss.mm.ii.;

6) di impegnarsi a comunicare qualsiasi modificazione relativa all’ODV dal sottoscritto rappresentata;

7) di eleggere domicilio, ai fini della presente procedura, presso il luogo indicato nella presente domanda e di accettare che le comunicazioni avverranno esclusivamente a mezzo PEC all’indirizzo indicato nella presente domanda;

8) di impegnarsi a garantire la riservatezza in ordine alle informazioni, alla documentazione e a quant’altro venga a conoscenza nel corso del procedimento;

9) di esprimere la propria disponibilità ed interesse a prestare la propria attività presso le seguenti

Unità Operative:

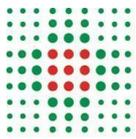
Medicina Riabilitativa;

Clinica Geriatrica;

Geriatria;

Lungodegenza critica;

Oncologia Medica;



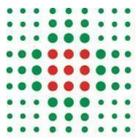
A tal fine allega:

- Documento di identità, in corso di validità, del legale rappresentante;
- Statuto dell'Organizzazione;
- Progetto per l'ambito di attività indicato in avviso, secondo il modello allegato;
- Dichiarazione, sotto forma di atto notorio, del numero dei volontari autorizzati e in possesso delle competenze necessarie a svolgere l'attività, controfirmato dal Legale Rappresentante.

\_\_\_\_\_,...../...../2021

(Nome e Cognome per esteso e leggibile) .....

Firma \_\_\_\_\_



**PROGETTO DI COLLABORAZIONE TRA L' AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI  
PARMA E L'ORGANIZZAZIONE DI VOLONTARIATO \_\_\_\_\_  
INERENTE L'ATTIVITA' DI CLOWN TERAPIA PRESSO LE UU.OO. DELL'AZIENDA  
OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI PARMA. (PERIODO: 00/00/2021 – 00/00/2024)**

*(Da compilare sinteticamente da parte dell'Organizzazione seguendo lo schema di seguito indicato)*

**Breve descrizione dell'Organizzazione di volontariato**

---

---

**Esperienze nell'ambito di attività oggetto dell'avviso**

---

---

**Ulteriori esperienze progettuali, con particolare riguardo al territorio provinciale:**

---

---

**Progetto di attività**

---

---

---

---

**Eventuale disponibilità superiore alla frequenza minima richiesta nell'avviso**

---

**Altro**

---

---