



## **AVVISO PUBBLICO A TUTTE LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO CHE SI OCCUPANO DI TRASPORTO INFERMI PER L'ATTIVAZIONE SPERIMENTALE DI UN SERVIZIO DI TRASPORTO INFERMI NEL TERRITORIO PROVINCIALE DI QUESTA ASP**

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. **539** del **22.10.2014**, è indetto avviso pubblico, per le Associazioni di Volontariato che si occupano di trasporto infermi, al fine della attivazione di un servizio di trasporto dal domicilio del paziente allettato al Presidio Ospedaliero o Distrettuale e viceversa, negli ambiti territoriali di Lagonegro, Venosa e Potenza.

Le modalità di trasporto possono avere le seguenti caratteristiche :

- a) Servizio di **trasporto programmato** di Infermi inseriti in ADI, ADP, ADR, o Invalidi Civili al 100% con accompagnamento, purchè **allettati ed intrasportabili**, per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche non effettuabili a domicilio, e/o per ricovero verso le seguenti strutture:
  - Presidi Ospedalieri Distrettuali;
  - PSA di Lagonegro, Villa D'Agri e Melfi;
  - RSA di pertinenza ASP ( Maratea e Chiaromonte );
  - Ambulatori Distrettuali di I° e II° Livello;
  - Poliambulatorio “ Madre Teresa di Calcutta “
- b) Servizio di **trasporto** degli assistiti sopra individuati **dimessi dalle UU. OO. del PSA e degli altri Presidi Ospedalieri Distrettuali** verso il proprio domicilio, purchè **allettati ed intrasportabili** , ove persista impossibilità oggettiva di assicurare il trasporto con mezzi Aziendali.

### **Avvertenze**

La Azienda ha in essere un Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata attivato su tutto il territorio Provinciale, quale nodo di una rete di servizi a contenuti assistenziali diversificati, collegato con i reparti ospedalieri, le strutture residenziali ed i servizi territoriali sanitari e sociali; L'avviso è indetto al fine di assicurare un servizio di trasporto programmato a soggetti allettati ed intrasportabili aventi le caratteristiche di cui ai punti precedenti, per rendere più efficiente la modalità di assistenza del paziente e di ridurre le liste di attesa di visite specialistiche domiciliari;



Le attività di cui trattasi sono da intendersi di tipo programmate, in quanto tutte le caratteristiche di urgenza/emergenza seguono l'iter previsto della attivazione del 118 Regionale;

### **Requisiti generali e specifici di ammissione**

Possono partecipare all'avviso pubblico coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

- di avere presenza dei requisiti necessari per svolgere il servizio di volontariato per il trasporto degli infermi come specificato dalla normativa vigente ;
- di essere in regola con le modalità di iscrizione al Registro delle Associazioni di Volontariato

### **Domanda di ammissione e presentazione**

Per essere ammessi al presente avviso le Associazioni dovranno far pervenire, a pena di esclusione, domanda diretta al **Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria di Potenza – via Torraca 2– 85100 Potenza**– entro il ventesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale.

Qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo. Le domande si considerano prodotte in tempo utile anche se spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato. A tal fine fa fede il timbro a data dell'Ufficio postale accettante.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; la eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetti.

Per l'ammissione all'avviso pubblico le Associazioni devono dichiarare, sotto la propria responsabilità, consapevoli delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000:

- a) il nome dell'Associazione;
- b) la residenza, il numero di telefono ed il nominativo del responsabile/referente;
- c) il possesso dei requisiti richiesti per l'incarico messo ad avviso;
- d) La avvenuta iscrizione al registro Regionale delle Associazioni di Volontariato;
- e) la dichiarazione di aver letto e di accettare quanto previsto agli articoli della convenzione allegata alla Delibera di Istituzione di predetto Servizio Sperimentale, nonché la disponibilità alla firma della predetta Convenzione



L'Associazione interessata, inoltre, è tenuta ad indicare il domicilio (con l'indicazione del C.A.P.) presso il quale deve, ad ogni effetto, esser fatta ogni eventuale comunicazione relativa all'avviso.

La domanda deve essere firmata con allegata la fotocopia del documento di identità del firmatario.

### **Ammissione e convocazione delle Associazioni per la firma della convenzione**

Le Associazioni di Volontariato che avranno risposto all'Avviso del Direttore Generale dando la disponibilità ad effettuare il servizio di trasporto infermi e che siano regolarmente iscritte al Registro delle associazioni di volontariato e che abbiano inoltre i requisiti necessari per svolgere il servizio di volontariato per il trasporto degli infermi come specificato dalla normativa vigente, verranno convocate per la stipula della Convenzione con questa ASP

I Direttori di Distretto interessati e i Coordinatori dei Servizi ADI competenti per territorio, insieme ai rappresentanti sindacali dei MM.MM.GG. in sede di Comitato Aziendale, ed ai rappresentanti delle Associazioni firmatarie della Convenzione, stileranno un protocollo operativo del servizio, che preveda l'inizio delle attività a partire dal mese di Gennaio 2015 e che tenga conto delle seguenti modalità di svolgimento del servizio :

- Il suddetto servizio sarà effettuato dall'Associazione a seguito delle richieste che perverranno al Coordinatore del Servizio ADI presso le sedi Distrettuale di riferimento per il punto a) del comma precedente e presso le Direzioni Sanitarie per il punto b) del comma precedente, secondo la competenza territoriale, dai seguenti richiedenti:
  - Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta;
  - Specialisti operanti in Azienda che effettuano visite domiciliari;
  - Componenti della Unità di Valutazione Distrettuale;
  - Medici Ospedalieri di UU.OO. per dimissioni verso il domicilio del paziente.
- Nella richiesta dovrà essere espressamente specificata e giustificata la necessità del trasporto in autoambulanza ( **intrasportabilità con i comuni mezzi** ).
- L'autorizzazione ad effettuare il trasporto dovrà comunque essere rilasciata dal Coordinatore del Servizio ADI o dal Dirigente delle Direzioni Ospedaliere.



- La Associazione di riferimento sarà scelta tra quelle più vicine alla residenza del paziente con criterio della rotazione nel caso di Comuni ove presenti più Associazioni, o nel caso di assenza tra quelle del Comune confinante;

### **Trattamento economico**

In analogia con la Delibera Aziendale n. 1054 del 28 ottobre 2010, che stabilisce i compensi massimi da erogare a soggetti che effettuano dialisi, non autosufficienti e non trasportabili con mezzo proprio, che usufruiscono del trasporto con ambulanza, sono a titolo di rimborso spese :

- Costo al Km € 0,58
- Costo per il periodo di attesa, forfettario € 39,00

Verrà applicato tale modalità di rimborso spese anche per questa ultima modalità di trasporto, da assegnare all' Associazione di volontariato effettuante il Servizio.

### **Durata della Convenzione**

La convenzione avrà validità di anni uno, decorrenti dalla data della stipula, e sarà attiva dal mese di Gennaio 2015. La nuova Convenzione dovrà essere adottata con nuovo atto deliberativo a seguito di documentata relazione e valutazione sull'opportunità del rinnovo effettuata , su specifica relazione del Coordinatore del Servizio ADI, dai Direttori di Distretto.

Le parti potranno recedere con un preavviso di tre mesi, dalla presente convenzione, in caso di documentate inadempienze. In particolare, L'Azienda potrà dichiarare la soluzione della convenzione quando abbia constatato l'inadempienza delle clausole della presente convenzione o l'inidoneità dei Volontari dell'Associazione allo svolgimento dell'attività.

### **DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE**

L'Amministrazione si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di prorarre il termine di scadenza fissato dal presente avviso o di annullare o revocare la presente procedura.

Potenza, lì \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE GENERALE  
(Dr. Mario Marra)



## FAC SIMILE DOMANDA

Al Direttore Generale  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza  
Via Torraca, 2  
85100 – POTENZA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_, n. telefono \_\_\_\_\_, Responsabile / Referente  
della Associazione \_\_\_\_\_ con sede nel Comune di  
\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso/a  
all'avviso di selezione tra le Associazioni di Volontariato per l'attivazione sperimentale di un  
servizio di trasporto infermi nel territorio Provinciale della ASP.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste  
dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/200 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi  
degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, di essere in possesso dei seguenti requisiti:

- di avere presenza dei requisiti necessari per svolgere il servizio di volontariato per il  
trasporto degli infermi come specificato dalla normativa vigente ;
- di essere in regola con le modalità di iscrizione al Registro delle associazioni di  
volontariato;

ATTESTA infine:

- a) di aver preso conoscenza dell'avviso relativo alla selezione in oggetto e di accettare  
pienamente le condizioni in esso riportate;
- b) di aver letto e di accettare quanto previsto agli articoli della convenzione allegata alla  
Delibera di Istituzione di predetto Servizio, nonché la disponibilità alla firma della predetta  
Convenzione;
- c) di essere consapevole che i dati forniti con il presente modello saranno utilizzati  
esclusivamente ad uso interno e comunque nel rispetto del D. Lgs n. 196/2003. A tal fine ne  
autorizza il trattamento da parte dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

Recapito presso cui indirizzare le comunicazioni relative al presente avviso:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_.

Si allega, alla presente, copia fotostatica di un valido documento d'identità.

Si autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003.

Firma (da non autenticare)