



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
Cod. fiscale/P.I. 11632570013
Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino
☎ 011/5661566

AVVISO PUBBLICO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

finalizzato all'individuazione di uno o più Enti del Terzo Settore per la realizzazione di interventi riabilitativi e di promozione dell'autonomia a favore di persone cieche o gravemente ipovedenti afferenti al Centro di Riabilitazione Visiva dell'ASL Città di Torino

Data di scadenza per la presentazione delle manifestazioni di interesse: **30 Ottobre 2026 ore 12.00.**

PREMESSO CHE

L'ASL Città di Torino, al fine di promuovere iniziative volte a consentire ai pazienti ciechi o gravemente ipovedenti di recuperare e mantenere la propria autonomia nella vita quotidiana, con particolare riferimento alla mobilità personale e alla gestione delle attività connesse al Centro di Riabilitazione Visiva, nei limiti delle risorse disponibili sul bilancio regionale, intende raccogliere Manifestazioni di Interesse da parte di ETS interessati alla realizzazione di specifici interventi riabilitativi, nel rispetto dei principi di non discriminazione, parità di trattamento, trasparenza e pubblicità.

Richiamato l'art. 3-bis del "Regolamento per la disciplina dei rapporti tra l'ASL Città di Torino e gli Enti del Terzo Settore (ETS)", approvato con Deliberazione n. 792/01.09/2023 del 12 giugno 2023, la presente procedura è finalizzata alla raccolta di manifestazioni di interesse per la successiva valutazione delle proposte progettuali.

OGGETTO DELL'AVVISO

L'ASL Città di Torino intende individuare uno o più ETS cui affidare lo svolgimento delle seguenti attività:

1. **sviluppo delle autonomie di base e personali**, finalizzato a consentire ai pazienti di soddisfare le esigenze di base quali igiene personale, rifacimento del letto, vestizione, riconoscimento degli indumenti, etc.;
2. **sviluppo dell'autonomia domestica**, finalizzato a consentire al paziente la preparazione di semplici alimenti, l'utilizzo degli elettrodomestici, spostamenti in casa;
3. **orientamento e mobilità**, per lo sviluppo delle autonomie a livello più elevato con apprendimento della tecnica long-cane, la conoscenza degli ausili, la mobilità autonoma in esterno;
4. **supporto psicologico**, per la valutazione del paziente dal punto di vista psicologico qualora il progetto concordato con il paziente/familiare lo preveda;
5. **alfabetizzazione braille**: da riservare ai pazienti più giovani o che comunque hanno conservato una sufficiente sensibilità tattile;
6. **tifloinformatica**, attraverso corsi di informatica (utilizzo di smartphone, tablet e PC e delle nuove tecnologie di intelligenza artificiale A.I.)

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ

Le attività sopra descritte dovranno essere realizzate presso il Centro di Riabilitazione Visiva ospedaliero dell'ASL Città di Torino, attraverso percorsi individuali e/o di piccoli gruppi.

Gli interventi dovranno essere effettuati da operatori in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente e delle competenze professionali necessarie allo svolgimento delle attività proposte, nonché da figure specialistiche quali psicomotricisti e docenti di informatica per persone con disabilità visiva.

Le figure coinvolte dovranno essere in grado di valutare la situazione funzionale dei singoli pazienti e definire percorsi personalizzati adeguati per durata, frequenza e intensità.

Potranno inoltre essere previste:

- attività di orientamento e mobilità con uscite sul territorio;
- attività di sviluppo delle autonomie domestiche presso il domicilio del paziente, previo incontro conoscitivo presso il Centro di Riabilitazione Visiva.

Le attività svolte dovranno essere adeguatamente documentate e rendicontate con cadenza mensile secondo le modalità concordate con l'ASL.

La durata delle attività sarà definita in sede di stipula della convenzione, tenuto conto delle esigenze organizzative dell'ASL e delle proposte presentate dai soggetti partecipanti.

SOGGETTI AMMESSI

Possono presentare Manifestazione di Interesse gli Enti del Terzo Settore che operano nel campo della disabilità visiva e che dispongano di comprovata esperienza nelle attività oggetto del presente avviso.

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Gli interessati dovranno far pervenire la propria manifestazione di interesse, redatta utilizzando l'allegato n. 1 al presente avviso, sottoscritta digitalmente dal Legale Rappresentante, via PEC all'indirizzo protocollo@pec.aslcittaditorino.it entro il termine indicato nel presente avviso.

Alla dichiarazione di manifestazione di interesse dovrà essere allegato:

- 1) Progetto con la descrizione dettagliata delle attività che si intendono svolgere per ciascuna delle aree di seguito descritte e dei curricula delle figure che saranno coinvolte.
- 2) Le modalità di rimborso delle attività di seguito indicate:

Area delle autonomie	Fabbisogno orario settimanale
- Sviluppo delle autonomie di base e personali	25 ore
- Sviluppo dell'autonomia domestica	
- Orientamento e mobilità	
Area del supporto alla persona	25 ore
- Supporto psicologico	
- Alfabetizzazione braille	
- Tifloinformatica	

Le attività sopradescritte verranno assegnate a uno o più ETS sulla base dei seguenti elementi di valutazione:

- ricchezza del progetto presentato rispetto a ciascuna attività;
- esperienza professionale maturata e formazione delle risorse impiegate per la realizzazione delle attività proposte;
- modalità di rimborso.

Le dichiarazioni pervenute oltre la data di scadenza saranno considerate nulle e quindi non aperte, ma conservate agli atti.

I dati personali saranno trattati nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente esclusivamente per le finalità connesse alla presente procedura.

L'Azienda si riserva la facoltà di sospendere e revocare il presente avviso o, parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità.

Eventuali informazioni complementari e/o chiarimenti sul presente avviso devono essere richiesti esclusivamente a mezzo posta elettronica all'indirizzo oftalmicodirezione@aslcittaditorino.it.

Il presente avviso sarà diffuso sul sito web istituzionale dell'ASL Città di Torino www.aslcittaditorino.it.

Allegato n. 1: Dichiarazione Manifestazione di interesse

Il Direttore f.f. della S.C.
Comunicazione e Progetti Europei
Dr.ssa Chiara MASIA
(firmato digitalmente)



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE**
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
Cod. fiscale/P.I. 11632570013
Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino
☎ 011/5661566

ALLEGATO N. 1

**DICHIARAZIONE MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI FORMATIVI DESTINATI A SOGGETTI IPOVEDENTI**

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
in qualità di _____
dell'ETS _____
con sede legale in:
via/piazza _____ Comune _____ Prov. _____
Codice fiscale _____ Partita IVA _____
Tel. n. _____
Email _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE A PARTECIPARE

alla realizzazione di progetti formativi destinati a soggetti ipovedenti.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46, 47 e 48 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

1. di essere iscritto nel Registro Unico Nazionale (RUNTS);
2. di aver previsto nello Statuto, tra le varie finalità dell'Ente, attività di interesse generale per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, il possesso dei requisiti di moralità professionale e dimostrare adeguata attitudine come definite dall'art. 5 del D. Lgs. 117/2017. In particolare, lo svolgimento di attività nell'ambito sanitario, ricerca, dei servizi alla persona e alla comunità del territorio;

3. di avere sede legale e/o operativa nel territorio di competenza della Città di Torino, quindi radicamento territoriale derivante dalla presenza di reti o altri riferimenti sul territorio in grado di sviluppare sinergie e collaborazioni;
4. di non avere in corso alcuna delle sanzioni previste dall'art. 9 c.2 del D.Lgs. 231/2001 e ss.mm.ii. e ulteriori cause che comportano il divieto di contrattare con le pubbliche amministrazioni;
5. di non trovarsi in sussistenza di condanna penale passata in giudicato per reati gravi in danno alla Pubblica Amministrazione, reati di partecipazione ad organizzazione criminale, di corruzione, frode, di riciclaggio, a carico del legale rappresentante e/o componenti dell'organo amministrativo laddove presenti;
6. di possedere tutti i requisiti di capacità tecnica specificati nell'Avviso.

E DICHIARA ALTRESI'

- di aver preso visione di tutte le condizioni contenute nell'Avviso;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui al titolo III, capo I del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per gli eventuali procedimenti amministrativi e giudiziari conseguenti;
- che le comunicazioni destinate all'ETS dovranno essere effettuate ai seguenti recapiti:

Pec: _____

Email: _____

Indirizzo _____

Allega:

- **documentazione richiesta ai punti 1) dell'Avviso** (Progetto con la descrizione dettagliata delle attività che si intendono svolgere per ciascuna delle aree descritte e dei curricula delle figure che saranno coinvolte)
- **documentazione richiesta al punto 2) dell'Avviso come Facsimile allegato**

(Luogo e data) _____

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

N.B.: La presente istanza-dichiarazione, sottoscritta dal legale rappresentante della Ditta/Cooperativa o da persona autorizzata ad impegnare la stessa, mediante delega o procura da allegare contestualmente in copia, deve essere altresì corredata da fotocopia semplice di valido documento di identità del sottoscrittore.



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE**
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
Cod. fiscale/P.I. 11632570013
Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino
☎ 011/5661566

FACSIMILE ALLEGATO

MODALITA' DI RIMBORSO

Avviso esplorativo al fine di acquisire manifestazioni di interesse per la realizzazione di progetti formativi destinati a soggetti ipovedenti

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	FABBISOGNO ORARIO SETTIMANALE MASSIMO	RIMBORSO ORARIO	RIMBORSO ANNUALE
Area delle autonomie	25 ore		
- Sviluppo delle autonomie di base e personali			
- Sviluppo dell'autonomia domestica			
- Orientamento e mobilità			
Area del supporto alla persona	25 ore		
- Supporto psicologico			
- Alfabetizzazione braille			
- Tifloinformatica			
TOTALE per 46 settimane lavorative/anno			

Data _____

Timbro e firma del Legale Rappresentante

**LA PRESENTE COPIA E' CONFORME AL DOCUMENTO ORIGINALE FIRMATO DIGITALMENTE E
VERIFICATO CON ESITO POSITIVO, DEPOSITATO PRESSO GLI ARCHIVI DELL'ASL CITTA' DI TORINO**

**Elenco firme associate al file con impronta SHA256 (hex):
DBC749F8361742570B23CE54E4EA5B7C26D280B381555D39B595857B6D03E650**

Firma n° 1 di Chiara Masia. Data firma: 05/10/2026 - Ora firma: 07:34:04 (UTC)

Firma n° 2 di Stefano Visconi. Data firma: 05/10/2026 - Ora firma: 14:16:33 (UTC)

Firma n° 3 di Michele Morandi. Data firma: 05/10/2026 - Ora firma: 14:24:20 (UTC)

Firma n° 4 di Carlo Picco. Data firma: 06/10/2026 - Ora firma: 07:54:19 (UTC)