



UNIONE DEI COMUNI ALTA SABINA

Piazza Vittorio Emanuele, 2 – 02037 Poggio Moiano (RI)
Cod. Fisc. e P.Iva 00915780671
Tel. 0765/875020 Fax 0765876661
Pec: unionealtasabina@legalmail.it
E-mail: unionecomunialtasabina@gmail.com

Ufficio di Piano
Ambito Territoriale Ri/3

Ai Sindaci dei Comuni di:

Comune di Fara in Sabina
ufficioprotocollo@comunefarainsabina.pecpa.it
Comune di Poggio San Lorenzo
demografico@pec.comune.poggiosanlorenzo.ri.it
Poggio Nativo
comune@pec.comune.poggionativo.ri.it
Frasso Sabino
protocollo@pec.comune.frassosabino.ri.it
Castelnuovo di Farfa
comune.castelnuovodifarfa@pcert.it
Toffia
comunicazione@pec.comune.toffia.ri.it
Monteleone
protocollo@pec.comune.monteleonesabino.ri.it
Scandriglia
protocollo@pec.comune.scandriglia.ri.it
Orvinio
segreteria.orvinio.ri@legalmail.it
Pozzaglia
segreteria.pozzagliasabina.ri@legalmail.it
Casaprota
comunecasaprota@pec.it
Poggio Moiano
comunepoggiomoiano@pec.aruba.it

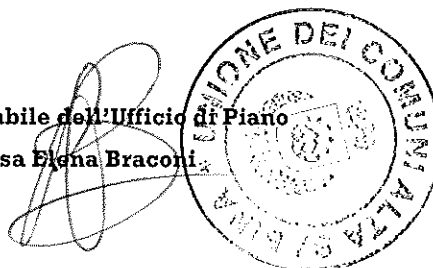
Al Presidente dell'Unione dei Comuni Valle dell'Olio
amm.valleolio@pcert.it

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER IL SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE DEI MINORI IN ETÀ EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO

Si trasmette in allegato l'Avviso Pubblico e la documentazione necessaria per la presentazione della domanda per il sostegno alle famiglie dei minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico (0-12 anni), al fine di darne adeguata pubblicità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale e all'albo pretorio.

Distinti Saluti

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano
D.ssa Elena Braconi





UNIONE DEI COMUNI ALTA SABINA

P.zza Vittorio Emanuele, 2 – 02037 Poggio Moiano (RI)
Cod. Fisc. e P.Iva 00915780571
Tel. 0765/875020 Fax 0765876661

AVVISO PUBBLICO PER IL SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE DEI MINORI IN ETÀ EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO (0-12 anni)

L'UNIONE DEI COMUNI ALTA SABINA

- VISTA la D.G.R. n.75 del 13 febbraio 2018: *'Decreto del Commissario ad acta 22/12/2014, n.U00457. Recepimento ed approvazione del documento tecnico concernente 'Linee di indirizzo regionali per i disturbi dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorder ASD)'*;
- VISTA la Legge Regionale n. 7 del 22/10/2018 art. 74 recante *"Interventi a sostegno delle famiglie dei minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico"*;
- VISTA la D.G.R. n. 866 del 28/12/2018 *"Attuazione Art. 74 della L. R. n. 7 del 22 Ottobre 2018 - Disposizioni per la semplificazione e lo sviluppo regionale"*, adozione del *'Regolamento per la disciplina degli Interventi a sostegno delle famiglie dei Minori in età evolutiva prescolare nello Spettro Autistico.'*;
- VISTA la D.G.R n. 543 del 4 agosto 2020, *"Piano Sociale Regionale "Prendersi Cura, un Bene Comune". Finalizzazione delle risorse regionali per gli interventi di carattere sociale relativi all'esercizio finanziario 2020."*;
- VISTA la D.G.R 23 n. G08741 del 23 luglio 2020, *"Deliberazione di Giunta regionale del 23 novembre 2018, n. 717. Impegno, in favore di Roma Capitale e dei Comuni/Enti capofila dei distretti socio-sanitari del Lazio, degli stanziamenti per l'anno 2020 relativi agli interventi a sostegno delle famiglie con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età, di cui all'art. 74 della Legge Regionale 22 ottobre 2018, n. 7 e ss.mm.ii., per una somma complessiva di euro 1.000.000,00 sul capitolo H41903 dell'esercizio finanziario 2020"*;

RENDE NOTE

Le modalità di sostegno alle famiglie di minori in età prescolare affetti da disturbo dello spettro autistico

1.Disposizioni generali



UNIONE DEI COMUNI ALTA SABINA

P.zza Vittorio Emanuele, 2 – 02037 Poggio Moiano (RI)
Cod. Fisc. e P.Iva 00915780571
Tel. 0765/875020 Fax 0765876661

La Regione Lazio, al fine di modificare i comportamenti del bambino e per favorire il migliore adattamento possibile alla vita quotidiana, sostiene le famiglie di minori in età prescolare affetti da disturbo dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorder, di seguito ASD) residenti nella Regione Lazio, che intendono liberamente avvalersi di programmi psicologici e comportamentali strutturati (quali, ad esempio, Applied Behavior Analysis – ABA; Early Intensive Behavioural Intervention – EIBI; Early Start Denver Model – ESDM; Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children – TEACCH) e/o di altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta.

2.Finalità e natura della misura di sostegno

1. Il sostegno alle famiglie è inteso come contributo alle spese per i trattamenti previsti dall'art. 1 del presente avviso, nell'ottica di supportare la tempestività, l'intensività e la specificità dell'intervento. Tale misura è da considerarsi ad integrazione del piano di assistenza individualizzato del minore;
2. Il sostegno economico assume la forma di un contributo alla spesa sostenuta dalle famiglie, e viene concesso secondo i criteri stabiliti dal Regolamento Regionale 2019, adottato con la D.G.R. n. 866 del 28/12/2018 comunque entro il tetto di spesa massimo ammissibile per ogni utente pari a 5.000€/annui. Il tetto massimo è erogato con priorità ai nuclei familiari con un numero di figli nello spettro autistico superiore a 1 (uno) e con un ISEE inferiore o pari a 8.000€;
3. L'entità del sostegno viene valutata considerando le risorse ed i servizi già attivi o attivabili nella rete sociosanitaria a favore della persona (ad esempio, centri di riabilitazione territorialmente accreditati) e le caratteristiche socioeconomiche del nucleo familiare che presenta la richiesta;
4. La famiglia può scegliere di rivolgersi ad un centro qualificato che abbia al suo interno professionisti iscritti all'Albo Regionale istituito dal Regolamento Regionale sopra citato (DGR 866/2018), oppure direttamente a dei liberi professionisti, sempre iscritti al suddetto Albo, che forniscono interventi domiciliari. Un professionista che implementa programmi fondati sulla tecnica ABA opera obbligatoriamente sotto la supervisione di un consulente qualificato ed iscritto all'albo e la famiglia deve dichiarare nell'istanza i nominativi dei professionisti ad entrambi i livelli. Le famiglie, data la complessità degli interventi, possono indicare più di un professionista ed i dati relativi al/ai professionista/i sono registrati nel progetto di assistenza individuale del minore. Nel caso non sia stato ancora nominato, in sede di unità valutativa sarà



UNIONE DEI COMUNI ALTA SABINA

P.zza Vittorio Emanuele, 2 – 02037 Poggio Moiano (RI)

Cod. Fisc. e P.Iva 00915780571

Tel. 0765/875020 Fax 0765876661

individuato un 'case manager', ossia un punto di riferimento per la famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, che avrà la funzione di monitorare e verificare l'andamento del progetto di assistenza individuale;

5. Per l'anno 2020 l'Unione dei Comuni Alta Sabina predispone una graduatoria distrettuale contenete l'elenco dei beneficiari della misura di sostegno nei limiti del fondo assegnato **entro il 30 novembre 2020**. Nel rispetto della normativa sulla privacy l'elenco è costituito da un codice utente assegnato a ciascun beneficiario.

3.Soggetti beneficiari

Possono beneficiare del sostegno di cui al precedente art. 2 le famiglie con minori in età prescolare (0-12 anni), con diagnosi di ASD, residenti nel territorio dell'Unione dei Comuni Alta Sabina– Distretto Socio-sanitario ASL Rieti3, che presenteranno formale richiesta all'Ufficio di Piano. Le spese sostenute devono riguardare interventi svolti da professionisti iscritti all'Albo Regionale, erogati dopo la pubblicazione dell'Albo e comunque fino al 31.12.2019. Tale Albo, istituito dal Regolamento Regionale sopra citato (DGR 866/2018) è gestito dalla Direzione Regionale competente in materia di salute ed integrazione sociosanitaria. L'Albo è pubblicato sul sito istituzionale della Regione www.regione.lazio.it e aggiornato in relazione alle nuove iscrizioni o alle eventuali cancellazioni secondo le procedure previste dal Regolamento.

4. Modalità e tempi di presentazione della domanda

1. I modelli per la domanda (Mod. A) e per la rendicontazione (Mod. C) che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente avviso, sono a disposizione presso:
 - Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede Asl di Osteria Nuova, Viale Europa, 13, tel. 0765/810938 il martedì e venerdì dalle ore 09:00 alle ore 13:00;
 - Ufficio di Piano dell'Unione dei Comuni Alta Sabina, Piazza Vittorio Emanuele n. 2, Poggio Moiano nei seguenti giorni: lunedì, mercoledì e venerdì dalle 9.30 alle 12.00;
 - servizi sociali dei Comuni di residenza dell'Unione;
 - scaricabili sul sito istituzionale dell'Unione dei Comuni Alta Sabina www.unionecomunialtasabina.it.

Alla domanda, compilata in tutte le sue parti, dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;



UNIONE DEI COMUNI ALTA SABINA

P.zza Vittorio Emanuele, 2 – 02037 Poggio Moiano (RI)

Cod. Fisc. e P.Iva 00915780571

Tel. 0765/875020 Fax 0765876661

- Copia della diagnosi di Disturbo dello spettro autistico del/i minore/i
- Eventuali certificazioni (L.104/92, verbale di invalidità, ecc.) di altre patologie del/i minore/i o di altri componenti del nucleo familiare;
- Autocertificazione circa la tipologia di servizi già attivi o attivabili (ad esempio, numero di ore di assistenza, altre forme di contributi economici) nelle rete sociosanitaria a favore della persona per la quale si richiede il contributo
- Documento in corso di validità attestante l'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE - del nucleo familiare del minore beneficiario.

Per l'anno 2020 la domanda dovrà pervenire, a **pena di esclusione**, all'Ufficio di Piano dell'Unione dei Comuni Alta Sabina – Piazza Vittorio Emanuele n. 2, 02037 Poggio Moiano, **entro le ore 13.00 del giorno 31 ottobre 2020**, tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità.

Per gli anni successivi, sarà cura di questo Ufficio comunicare, con idonei mezzi, eventuali nuove date di scadenza individuate dalla Regione Lazio.

Il plico, oltre al nome e all'indirizzo del mittente, dovrà riportare la dicitura

NON APRIRE – DOCUMENTI CONCESSIONE MISURA DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE CON MINORI IN ETA' EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO (R.R. n.1/2019) – UNIONE DEI COMUNI ALTA SABINA.

Il recapito del plico, che potrà avvenire a mano, con raccomandata A/R, mediante agenzie di recapito autorizzate o tramite PEC all'indirizzo unionealtasabina@legalmail.it, rimane a totale rischio del mittente.

Per la consegna a mano delle domande l'Ufficio di Piano rispetterà il seguente orario di accoglienza: dal lunedì al venerdì dalle ore 9,30 alle ore 12,00;

5. Istruttoria di ammissibilità e valutazione

L'Ente proponente, a conclusione della ricezione delle richieste, valuta l'ammissibilità delle stesse attraverso una commissione debitamente istituita, che verifica la completezza dell'istanza e contatta il servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva (di seguito TSMREE), di competenza territoriale del minore, per programmare l'effettuazione della valutazione multidimensionale del bisogno.

6. Modalità di rendicontazione ed erogazione alle famiglie

1. Il richiedente dovrà presentare presso l'Ufficio di Piano dell'Unione il contratto di lavoro stipulato con un centro qualificato che abbia al suo interno professionisti iscritti all'Albo Regionale (DGR 866/2018) oppure direttamente con liberi professionisti, ugualmente iscritti al suddetto Albo, entro e non oltre 30 giorni dalla data di



UNIONE DEI COMUNI ALTA SABINA

P.zza Vittorio Emanuele, 2 – 02037 Poggio Moiano (RI)

Cod. Fisc. e P.Iva 00915780571

Tel. 0765/875020 Fax 0765876661

pubblicazione della determinazione di approvazione della graduatoria degli aventi diritto al beneficio. La trasmissione della suddetta documentazione potrà avvenire a mano nei giorni ed orari di apertura dell'Ufficio di Piano riportati in precedenza, con raccomandata A/R all'indirizzo Piazza Vittorio Emanuele n. 2, Poggio Moiano o tramite mail all'indirizzo distretto_ri3@libero.it o tramite PEC all'indirizzo unionealtasabina@lrgalmail.it, e rimane a totale rischio del mittente.

2. A seguito dell'avvio dell'intervento, il richiedente presenta all'Ufficio di Piano del Consorzio la rendicontazione delle spese sostenute (Mod. C). La documentazione fiscalmente valida deve essere intestata al minore o ai rappresentanti legali dello stesso, che hanno presentato la domanda di contributo. L'Unione verifica le dichiarazioni rese ai fini della liquidazione e, al termine di tali verifiche, eroga il contributo alle famiglie; l'erogazione avverrà a cadenza **bimestrale** (ogni due mesi). Saranno liquidate le spese sostenute dall'effettivo inizio dell'intervento e comunque dopo la pubblicazione dell'Albo Regionale dei professionisti. Le liquidazioni non potranno superare l'importo massimo attribuito ad ogni utente. Tutte le dichiarazioni delle spese sostenute dalla pubblicazione della graduatoria distrettuale dovranno essere presentate entro e non oltre il 31 gennaio 2021.
3. Qualora venga accertata la non veridicità delle dichiarazioni rese, il richiedente decadrà dal beneficio concesso, con obbligo di restituire le somme fino a quel momento indebitamente percepite. Inoltre, il soggetto non potrà presentare altre richieste di contributi per un anno ed incorrerà nelle sanzioni previste dal codice penale e delle leggi speciali in materia.

7. Decadenza dal beneficio

Nel caso in cui il case manager evidenzi la non collaborazione o il mancato rispetto da parte dell'utente del programma d'intervento concordato, previo invito alla famiglia a continuare il trattamento, si può sospendere o revocare la concessione del sostegno economico riconosciuto, con provvedimento motivato dell'Unione.

8. Informativa privacy ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016.

I dati riferiti dai soggetti partecipanti all'Avviso verranno utilizzati soltanto per le finalità connesse all'espletamento dello stesso, non verranno comunicati o diffusi a terzi non interessati e verranno, comunque, trattati in modo da garantirne la riservatezza e la sicurezza, nel rispetto della normativa vigente in materia.



UNIONE DEI COMUNI ALTA SABINA

P.zza Vittorio Emanuele, 2 – 02037 Poggio Moiano (RI)
Cod. Fisc. e P.Iva 00915780571
Tel. 0765/875020 Fax 0765876661

Trasparenza

Il presente Avviso verrà pubblicato sul sito dell'Unione dei Comuni Alta Sabina e verrà trasmesso a tutti i Comuni appartenenti all'Unione con richiesta di pubblicare l'Avviso sui siti istituzionali dei Comuni stessi.

Per ogni utile informazione è possibile rivolgersi presso i servizi sociali dei Comuni dell'Unione e/o presso l'Ufficio di Piano dell'Unione dei Comuni Alta Sabina.

Telefono 0765 875020 E-mail: distretto_ri3@libero.it o unionecomunialtasabina@gmail.it.

Il Responsabile del Procedimento è la D.ssa Elena Braconi, Responsabile dell'Ufficio di Piano
Tel. - 0765 875020 - Fax 0765 876661.

E-mail:

distretto_ri3@libero.it

unionecomunialtasabina@gmail.it

*Il Responsabile dell'Ufficio di Piano
Dott.ssa Elena Braconi*

Approvato con Determinazione n. 157/363 del 21/09/2020



**REGIONE
LAZIO**



Modello "A"

Domanda di sostegno economico per famiglie con minori in età evolutiva prescolare con disturbo dello spettro autistico

DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI IN ETÀ EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1)

Il/la sottoscritto/a
nato/a il
residente a in via n.
C.F.
Tel. Cell. email:.....

in qualità di genitore/tutore di
nato/a il
residente a in via n.
C.F.

CHIEDE

- l'erogazione di un contributo regionale per le spese sostenute per gli interventi di cui al Regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 "Regolamento per la disciplina degli Interventi a sostegno delle famiglie dei minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico;

Si allega alla presente:

- a) Copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- b) Copia della diagnosi di disturbo dello spettro autistico del/i minore/i;
- c) Eventuali certificazioni (L.104/92, verbale di invalidità, ecc.) di altre patologie del/i minore/i o di altri componenti del nucleo familiare;
- d) Autocertificazione circa la tipologia di servizi già attivi o attivabili (ad esempio, numero di ore di assistenza, altre forme di contributi economici) nella rete sociosanitaria a favore della persona per la quale si richiede il contributo;



REGIONE
LAZIO



- e) Documento in corso di validità attestante l'indicatore della situazione economica equivalente – ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario.

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 10 del Regolamento Regionale n.1/2019, comunico di seguito i riferimenti del servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva che ha in carico il minore:

TSMREE (ASL, Distretto,.....

Referente.....

Recapiti.....

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda e negli allegati, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Luogo e Data _____

Firma

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico n.....del.... emanato dall' Ente capofila dell' Ambito territoriale Rieti 3.



**REGIONE
LAZIO**



Modello "C"

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE
AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI IN ETA' EVOLUTIVA
PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1)**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a

.....

nato/a a il

residente a in via n.

C.F.....

Tel.Cell.....email:.....

in qualità di genitore/tutore di

nato/a il

residente a in via n.

.... C.F.....

-vista la mia domanda, con numero identificativo, ammissibile all'erogazione del sostegno economico con atto n.....del.....;

-vista la valutazione multidimensionale effettuata;

Indico il nominativo/i del professionista scelto, tra gli iscritti all'Albo regionale di cui all'art. 3 del Regolamento 15 gennaio 2019, n.1

Nominativo:.....



REGIONE
LAZIO



DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità che:

- la documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute per i programmi psicologici e comportamentali strutturati e gli altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta concordati in sede di valutazione multidimensionale, ai sensi del Regolamento regionale 1 del 15 gennaio 2019;

1)

- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

_____ per un totale di € _____

2) di avere agli atti gli originali o copie conformi della documentazione di spesa sopra elencata, ai fini degli opportune richieste e controlli da parte dell'Ente;

3) di non percepire contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi



**REGIONE
LAZIO**



MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto:

--

Istituto bancario			
Indirizzo		Città	
Agenzia n°			
Coordinate Bancarie (Codice IBAN)			
<p>E' obbligatorio indicare la dicitura completa dell'istituto di credito e compilare tutte le 27 caselle relative al codice IBAN. In caso contrario potrebbe essere compromessa la regolarità e la tempestività del pagamento.</p>			

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Luogo e Data _____

Firma

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico n...del.... Emanato dal Comune/Ente capofila di distretto socio-sanitario.