



Distretto
Socio Sanitario
LT4

Comune di
CAMPODIMELE

Partenza

Prot. N° 0001684 del 23-05-2019

Cat. 7 Classe 15



Comune Capofila Fondi

Ufficio di Piano

AVVISO PUBBLICO

INTERVENTI A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE DEI MINORI IN ETÀ EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO AI SENSI DEL REGOLAMENTO REGIONALE 15 GENNAIO 2019, n. 1.

ART. 1 FINALITÀ E NATURA DELLA MISURA DI SOSTEGNO

Nell'ambito delle iniziative volte alla tutela dei **minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico**, il Comune di Fondi in qualità di Capofila del distretto LT/4 (Comuni di Fondi, Terracina, Lenola, Monte San Biagio, Sperlonga, Campodimele, San Felice Circeo) pubblica il presente Avviso in attuazione a quanto previsto dalla Legge regionale n. 7 del 2018 e del Regolamento della Regione Lazio n. 1 del 15 Gennaio 2019, che interviene con misure di sostegno economico in favore delle famiglie con minori (0-6 anni) nello spettro autistico che sostengono spese per trattamenti di cui agli artt. 2 e 3, del Regolamento ed ad integrazione del piano individualizzato del minore.

In particolare la Regione sostiene le famiglie dei minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico residenti nel Lazio che intendono liberamente avvalersi dei programmi psicologici e comportamentali strutturati (Applied Behavioural Analysis - ABA, Early Intensive Behavioural Intervention - EIBI, Early Start Denver Model - ESDM), dei programmi educativi (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children - TEACCH), nonché degli altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta, rientrati tra quelli di cui alle Linee guida dell' Istituto superiore di sanità (LG21/11), mirati a modificare i comportamenti del bambino per favorire il migliore adattamento possibile alla vita quotidiana, individuate dalla Regione Lazio nelle linee guida di cui all' art. 74, comma 1, della Legge regionale n. 7/2018;

ART. 2 SOGGETTI BENEFICIARI

Possono beneficiare della presente misura di sostegno economico le famiglie residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario LT/4 (Comuni di Comuni di Fondi, Terracina, Lenola, Monte San Biagio, Sperlonga, Campodimele, San Felice Circeo) con minori in età evolutiva prescolare, fino e non oltre il compimento del sesto anno di età, con diagnosi di disturbo dello spettro autistico che presentino formale richiesta agli uffici dei Comuni di residenza.

Le spese per le quali potrà essere riconosciuto il contributo sono esclusivamente quelle relative agli interventi erogati dagli iscritti all'Albo della Regione Lazio dei professionisti con competenze ed esperienza nell'ambito dei trattamenti dei disturbi dello spettro autistico.

ART. 3 MODALITÀ E TERMINI DI PRESENTAZIONE DOMANDE

Le domande per l'ammissione alla misura di sostegno, dovranno essere redatte secondo il "Modello A" e presentate dalla famiglia del minore, all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza del minore **entro e non**

oltre le ore 12.00 del 30 Maggio 2019, con allegata la diagnosi di disturbo dello spettro autistico e il documento attestante l'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE in corso di validità.

ART. 4 MODALITA' VERIFICHE E DI VALUTAZIONE DELLE ISTANZE

Il Comune di residenza, a conclusione dell'istruttoria di ricezione delle richieste, verifica la documentazione presentata e l'ammissibilità delle domande.

Gli operatori sociali dei Comuni di residenza di concerto con il servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva (TSMREE) di competenza territoriale del minore redigeranno una valutazione multidimensionale, coinvolgendo la famiglia.

La valutazione verrà effettuata, ai sensi dell'art.10 del Regolamento Reg.le n.1/19, considerando le risorse e i servizi già attivi in favore della persona o comunque attivabili nella rete sociosanitaria e integrando al piano di assistenza individualizzato gli interventi riferibili alla misura di sostegno economico.

In sede di valutazione, verrà indicata la tipologia di intervento maggiormente appropriata al caso, in relazione al quadro diagnostico, diagnosi funzionale e al progetto terapeutico - riabilitativo predisposto dal TSMREE.

La proposta di ore di intervento finanziabili per ogni utente verrà formalizzata dalle Unità Valutative ed indirizzata all'Ufficio di Piano del Comune di Fondi, che procederà dentro i limiti del fondo assegnato alla predisposizione entro e non oltre il 31 Luglio 2019 del provvedimento relativo all'elenco dei beneficiari della misura di sostegno per l'anno 2019.

Nel rispetto della normativa della privacy l'elenco sarà costituito da un codice utente assegnato a ciascun beneficiario.

La quota di contributo assegnata ai beneficiari è graduata proporzionalmente in base all'ISEE ed è erogata con priorità ai nuclei familiari con un numero di figli nello spettro autistico superiore a 1 e con un ISEE inferiore o pari ad euro 8.000,00.

Il tetto massimo della quota di contributo è pari a 5.000,00 euro/annui.

La famiglia potrà scegliere tra un centro qualificato che abbia professionisti presenti nell'Albo regionale di cui all'art. 3 o direttamente i professionisti iscritti all'Albo qualora abbia optato per un intervento domiciliare.

Un tutor/operatore/tecnico che implementa programmi fondati sull'Applied Behaviour Analysis -ABA opera obbligatoriamente sotto supervisione di un consulente qualificato e iscritto all'albo e la famiglia deve dichiarare nell'istanza chi siano i professionisti di entrambi i livelli.

Data la complessità dei casi e il numero di ore di terapie settimanali le famiglie possono indicare più di un tutor/operatore/tecnico.

Dati relativi al professionista individuato sono registrati nel progetto di assistenza individuale del minore.

In caso di prima valutazione del minore e qualora non sia stato ancora nominato, viene individuato, in sede di unità valutativa multidimensionale, un referente (case manager), punto di riferimento per la famiglia e per gli altri soggetti coinvolti.

Il "case manager" assume la funzione di referente anche per il monitoraggio e la verifica dei risultati relativi alla realizzazione del progetto di assistenza individuale, e pertanto anche delle prestazioni rese nell'ambito del sostegno economico in argomento.

ART. 5 MODALITA' DI EROGAZIONE E RENDICONTAZIONE DEL CONTRIBUTO

Le famiglie destinatarie del sostegno economico devono presentare al Comune di residenza con cadenza trimestrale e comunque entro e non oltre il 31 Gennaio 2020, la dichiarazione delle spese effettuate compilando il "Modello C" scaricabile anche dal sito www.socialelazio.it.

La documentazione fiscalmente valida deve essere intestata al minore o ai rappresentanti legali dello stesso che hanno presentato richiesta di contributo alle spese.

E' prevista, da parte del Comune di residenza la verifica delle dichiarazioni rese nonché la congruità amministrativa e tecnica in termini di ammissibilità delle spese e rispondenza alle finalità di legge.

In seconda istanza il Comune di residenza del minore invia al Comune di Fondi, in qualità di Comune Capofila, un elenco delle rendicontazioni che hanno ottenuto il visto di regolarità, ai fini della liquidazione.

Qualora venga accertata la non veridicità delle dichiarazioni rese, il richiedente decadrà immediatamente dal beneficio concessogli, con obbligo di restituzione delle somme fino a quel momento indebitamente percepite.

In tal caso il soggetto beneficiario non potrà più presentare, per un anno, altre richieste di contributi e incorrerà nelle sanzioni previste dal codice penale e delle leggi speciali in materia.

Il contributo alle famiglie assegnatarie viene erogato dal Comune di Fondi in qualità di Comune Capofila del Distretto Socio Sanitario LT/4 a conclusione delle verifiche precedenti effettuate dal Comune di residenza.

ART. 6 DECADENZA DEL 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 nel trattamento, si può sospendere o revocare la concessione del sostegno economico riconosciuto, con provvedimento motivato del comune di residenza, comunicato al Comune di Fondi in qualità di Comune capofila.

ART. 7 TUTELA DEI DATI PERSONALI

I dati di cui il Comune di Fondi entrerà in possesso a seguito del presente avviso interno saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni dettate dal D.Lgs. 196/2003 e dal vigente Regolamento UE n.679/2016 comunque utilizzate esclusivamente per le finalità del presente avviso. Il titolare del trattamento è il Comune di Fondi.

ALLEGATI

Costituiscono allegati al presente avviso parte integrante e sostanziale:

- 1) Domanda di sostegno alla economico per famiglie con minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico (Modello A)
- 2) Dichiarazione delle spese sostenute (Modello C)

Fondi li 22.05.2019

IL DIRIGENTE
Dott.ssa Tommasina Biondino



**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;

Si allega:

- Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente – ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario;



REGIONE
LAZIO



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

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 dal Comune/Ente capofila di distretto socio-sanitario.



**REGIONE
LAZIO**



Modello "C"
DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

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;

Indicare 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**



Modello "C"
DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

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 _____
- 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



MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto:

[Empty box for account holder name]

Istituto bancario			
Indirizzo		Città	
Agenzia n°			
Coordinate Bancarie (Codice IBAN)			

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 empestività del pagamento.

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.