

Determinazione del responsabile dell'Ufficio di Piano RG n. 282 del 6 dicembre 2024

AVVISO PUBBLICO

prot. n. 2435 del 06.12.2024

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO RENDE NOTO CHE

fino al 31 gennaio 2025

è possibile presentare la richiesta di

SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE DEI MINORI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ' per il periodo dall'1 gennaio 2024 al 31 dicembre 2025

1. Finalità e destinatari

Il sostegno economico è rivolto alle famiglie di minori entro il dodicesimo anno di età con Disturbo dello Spettro Autistico al fine di promuoverne lo sviluppo, cognitivo, sociale e comunicativo.

Possono beneficiare del sostegno le famiglie con minori fino al dodicesimo anno di età (0-12 anni) con diagnosi di Disturbi dello spettro autistico (DSA), residenti nel territorio dei comuni del Consorzio sociale della Bassa Sabina Ambito territoriale sociale RI2, 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. Natura e modalità della misura di sostegno

- a. 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;
- b. Il sostegno economico assume la forma di un contributo alla spesa sostenuta dalle famiglie, e viene concesso secondo i criteri stabiliti dal Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii., comunque entro il tetto di spesa massimo ammissibile per ogni utente pari ad € 5.000,00/annui.
- c. Il contributo è assegnato con priorità ai nuclei familiari con un numero di figli nello spettro autistico superiore a uno e con un ISEE inferiore o pari ad € 8.000,00;
- d. L'entità del sostegno viene valutata considerando le risorse finanziarie disponibili, il numero degli aventi diritto, i servizi già attivi o attivabili nella rete sociosanitaria a favore della persona (ad esempio, centri di riabilitazione territorialmente accreditati) e la condizione socioeconomica del nucleo familiare che presenta la richiesta;
- e. Saranno rimborsate le sole spese sostenute per interventi svolti da professionisti iscritti all'Elenco Regionale, e relative al periodo dal 01.01.2024 e fino al 31.12.2025.
- f. L'Elenco Regionale dei professionisti aggiornato alla data odierna è consultabile al seguente collegamento: <https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/documentazione/2024/DD-G13192-07-10-2024-Allegato1.pdf>.

3. Soggetti beneficiari

Possono beneficiare del sostegno di cui al precedente punto 2 le famiglie con minori fino al dodicesimo anno di età (0-12 anni), con diagnosi di Disturbi dello spettro autistico (DSA), residenti nel territorio dei

comuni del Consorzio sociale della Bassa Sabina Ambito territoriale sociale RI2, che presenteranno formale richiesta all'Ufficio di Piano del Consorzio anche per il tramite del proprio Comune di residenza.

Saranno rimborsate le sole spese sostenute per interventi svolti da professionisti iscritti all'Elenco regionale e relative al periodo dal 01.01.2024 al 31.12.2025.

4. Modalità e tempi di presentazione della domanda

Il modello per la domanda (Mod. A), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente avviso, è a disposizione presso:

- il sito del Consorzio sociale della Bassa Sabina www.bassasabinasociale.it;
- il Punto Unico di Accesso (PUA) nelle sedi Asl:

- Casa della salute di Magliano Sabina i martedì e i venerdì dalle 08:30 alle 13:30
- sede del Distretto n. 2 Asl Rieti di Poggio Mirteto, i lunedì e i venerdì dalle 08:30 alle 13:30;

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;
- Copia dell'ultima diagnosi di Disturbo dello spettro autistico del/i minore/i;
- Attestazione dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) in corso di validità nell'annualità di riferimento della spesa del nucleo familiare del minore potenziale beneficiario.
- Eventuali altre certificazioni (L.104/92, verbale di invalidità, ecc.) di altre patologie del/i minore/i.

La domanda dovrà pervenire al proprio Comune di residenza, che si farà carico di trasmetterla tempestivamente a questo Ufficio di Piano, **oppure** al Consorzio sociale della Bassa Sabina in via Riosole, 31 02047 Poggio Mirteto RI, entro le ore 13.00 del 31 gennaio 2024.

Il recapito della domanda entro la scadenza indicata, che potrà avvenire a mano, con raccomandata A/R, mediante agenzie di recapito autorizzate o tramite PEC all'indirizzo consorzioRI2@pec.bassasabinasociale.it, rimane a totale rischio del mittente.

Le domande pervenute oltre il termine stabilito saranno inserite direttamente in lista di attesa e valutate in caso di effettiva disponibilità delle risorse finanziarie a seguito dell'assegnazione dei contributi previsti ai nuclei familiari che avranno presentato la domanda entro il termine indicato.

Farà fede la data e l'ora apposte dall'ufficio protocollo del Consorzio sociale della Bassa Sabina o del proprio Comune di residenza.

Per la consegna a mano delle domande l'Ufficio di Piano rispetterà il seguente orario di accoglienza: dal lunedì al venerdì dalle 9,30 alle ore 13,00 e il martedì e il giovedì anche dalle ore 15,30 alle ore 17,30.

Le domande non debitamente sottoscritte dal richiedente o sprovviste della documentazione richiesta dal presente avviso, saranno escluse e non sottoposte a valutazione.

5. Istruttoria di ammissibilità e valutazione

Il Consorzio valuta l'ammissibilità delle richieste pervenute entro il termine indicato verificando la completezza dell'istanza e della documentazione richiesta e contatta il Servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva del Distretto 2 della ASL Rieti (di seguito TSMREE) per programmare l'effettuazione della valutazione multidimensionale del bisogno.

La famiglia può rivolgersi ad un centro qualificato che abbia al suo interno professionisti iscritti nell'Elenco Regionale istituito dal Regolamento Regionale (art. 3 DGR 866/2018), oppure direttamente a dei liberi professionisti, sempre iscritti al suddetto Elenco, che forniscono interventi domiciliari.

Qualora si decida di affidarsi ad un professionista che utilizza tecniche ABA è necessario indicare nell'istanza il nominativo del professionista stesso e del suo supervisore, ed entrambi devono essere iscritti nell'Elenco Regionale.

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.

Il Consorzio sociale della Bassa Sabina predispone una graduatoria distrettuale contenente l'elenco dei beneficiari della misura di sostegno nei limiti del fondo assegnato. Nel rispetto della normativa sulla

protezione dei dati personali l'elenco sarà costituito da un codice utente assegnato a ciascun beneficiario corrispondente al numero di protocollo assegnato alla domanda.

6. Modalità di rendicontazione ed erogazione alle famiglie

- a. in caso di assegnazione definitiva del contributo le famiglie saranno tenute a presentare la documentazione di rendicontazione delle spese sostenute nel biennio 2024-2025 secondo le modalità che saranno successivamente comunicate.
- b. la documentazione di rendicontazione comprende tutte le fatture/spese sostenute e dichiarate, con relative attestazioni di pagamento (es. bonifici e/o dichiarazioni dell'avvenuto pagamento) relative al 2024 e al 2025.
- c. La documentazione fiscalmente valida deve essere intestata al minore o ai rappresentanti legali dello stesso, che hanno presentato la domanda di contributo. Il Consorzio verifica le dichiarazioni rese ai fini della liquidazione e, al termine di tali verifiche, eroga il contributo alle famiglie, a rimborso parziale o totale delle spese sostenute qualora queste non superino l'importo del contributo assegnato.
- d. 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 eventualmente 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 del Consorzio.

8. Informativa ai sensi della normativa sulla protezione dei dati personali.

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.

Il presente Avviso verrà pubblicato sul sito del Consorzio sociale della Bassa Sabina www.bassasabinasociale.it e verrà trasmesso a tutti i Comuni appartenenti al Consorzio, con richiesta di massima pubblicizzazione.

Per ulteriori informazioni e chiarimenti è possibile rivolgersi al Servizio Sociale distrettuale utilizzando i seguenti recapiti: tel. 0765.444.053-1 - e_mail: segretariatosociale@bassasabinasociale.it.

Il responsabile del procedimento è il sottoscritto responsabile dell'Ufficio di Piano

Il responsabile dell'Ufficio di Piano
(Roberto Sardo)

Allegato A - MODELLO DI DOMANDA

ALL' **UFFICIO DI PIANO** DEL
CONSORZIO SOCIALE DELLA BASSA SABINA
 Via Riosole, 31 - 02047 - POGGIO MIRTETO (RI)

per il tramite del Comune di _____

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PROT. N. 2435 DEL 6.12.2024 INTERVENTI RIVOLTI ALLE FAMIGLIE DEI MINORI FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO PER LE ANNUALITÀ 2024 E 2025

I sottoscritt _____

codice fiscale _____ residente in _____

via/p.zza _____ n. _____

tel. _____

in qualità di genitore/tutore del minore _____

nato/a a _____ il _____

cod. fiscale _____ residente nel comune di _____

CHIEDE

l'assegnazione del contributo per le spese sostenute per gli interventi di promozione dello sviluppo cognitivo, sociale e comunicativo di cui al regolamento regionale del Lazio 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm. e ii. per la disciplina degli interventi a sostegno delle famiglie dei minori fino al dodicesimo anno di età con disturbo dello spettro autistico.

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D. Lgs. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto decreto

dichiara:

- ✓ di aver preso visione dell'Avviso pubblico prot. n. 2435 del 6.12.2024 relativo alla presente istanza e di accettare tutte le condizioni in esso previste,
- ✓ che il potenziale destinatario del contributo richiesto è in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità previsti,
- ✓ di impegnarsi, in caso di assegnazione del contributo, a presentare la documentazione di rendicontazione delle spese sostenute negli anni 2024 e 2025 secondo le modalità che saranno successivamente comunicate.

Il sottoscritto a tal fine allega alla presente obbligatoriamente, pena l'esclusione dall'istruttoria di merito, la seguente documentazione:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- Copia dell'ultima diagnosi di Disturbo dello spettro autistico del/i minore/i;
- Attestazione dell'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE - del nucleo familiare del minore potenziale beneficiario in corso di validità.
- Eventuali ulteriori certificazioni sanitarie (per es. L.104/92, verbale di invalidità, o di altre patologie del/i minore/i);

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, il/la sottoscritto/a autorizza l'uso e il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza, con le modalità e per le finalità strettamente connesse e strumentali all'istruttoria della richiesta e alla conseguente eventuale concessione del contributo richiesto.

data _____

firma _____