

# CONSORZIO DEI COMUNI DEL CASSINATE PER LA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI

Piazza Sturzo – 03030 Piedimonte San Germano- tel. 0776401003 403203 fax 0776404952 email : cons.servizisociali@libero.

Prot. 1426 19.04.2019

Ai Sindaci dei Comuni del  
Consorzio del Cassinate


Agli Uffici Servizi Sociali

**Oggetto** : Trasmissione Bando “Interventi a sostegno delle famiglie dei minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico”

Si trasmette copia del Bando “Interventi a sostegno delle famiglie dei minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico” Regolamento Regione Lazio 01/2019

Si prega di darne la massima diffusione.

Piedimonte San Germano , li 19.04.2019

  
Sig. **Edoardo Antonino Fabrizio** Il Presidente



**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**

- VISTA la Legge n. 328 del 28 novembre 2000;
- VISTA la Legge Regionale n. 11 del 10 agosto 2016;
- VISTA la Legge Regionale n. 7 del 22 ottobre 2018;
- VISTA la deliberazione di giunta Regionale 28 dicembre 2018 n. 866 “Attuazione art. 74 della L. R. n. 7 del 22/10/2018 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 Determinazione Dirigenziale n. G17743 del 31 dicembre 2018;
- VISTA la Determinazione Dirigenziale n. G03047 del 18 marzo 2019 “Approvazione del documento Modalità attuative della misura di sostegno alle famiglie con minori in età evolutiva prescolare nello spettro artistico, ai sensi del Regolamento regionale 15 gennaio 2019, n.1”;

**Il Consorzio Comuni del Cassinate in qualità di Capofila del Distretto D di Frosinone**

**RENDE NOTA**

L'apertura di un Avviso pubblico, ai sensi della Deliberazione di Giunta Regionale 28 dicembre 2018 n. 866 e della Determinazione Dirigenziale n. G03047 del 18 marzo 2019, per l'attuazione della misura di sostegno economico alle famiglie con minori in età evolutiva prescolare nello spettro artistico.

**1) Soggetti Beneficiari**

Possono beneficiarie delle misura di sostegno economico in oggetto, le famiglie con minori in età evolutiva prescolare, fino e non oltre il compimento del sesto anno di età, con diagnosi di disturbo dello spettro artistico, residenti nei 26 Comuni afferenti al Distretto Sociale D di Frosinone (Acquafondata, Aquino, Ausonia, Cassino, Castelnuovo P., Castrocielo, Cervaro, Colle S. Magno, Coreno A., Esperia, Pico, Piedimonte S.G., Pignataro, Pontecorvo, Roccasecca, San Giorgio a Liri, S. Vittore del Lazio, S. Ambrogio S.G., S. Andrea del G., S. Apollinare, S. Elia F., Terelle, Vallemaino, Vallerotonda, Villa S. Lucia, Viticuso, che presentino formale istanza al proprio Comune di residenza, secondo i termini e le modalità previste dal presente Avviso.

**2) Finalità e natura della misura di sostegno**

La misura di sostegno oggetto del presente Avviso è intesa quale contributo alle spese sostenute dalle famiglie beneficiare, come definite al precedente art. 1) che intendono liberamente avvalersi dei programmi psicologici e comportamenti strutturati (Applied Behavioural Analysis – ABA, Early Intensive Behavioural Intervention – EIBI, Early Start Denver Model – ESDM), dai programmi educativi (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children – TEACCH) nonché degli altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta, mirati a modificare i comportamenti del bambino per favorire il minore adattamento possibile alla vita quotidiana, individuati dalla Regione Lazio nelle Linee guida di cui all'art. 74, comma 1 L. R. n. 7/2018.



I Beneficiari dovranno avvalersi delle prestazioni professionali erogate da professionisti qualificati, accreditati dalla Regione Lazio attraverso l'inserimento in un apposito elenco. Allo scopo, infatti, la Regione predispone un Albo dei professionisti con competenze ed esperienze nell'ambito dei trattamenti per i disturbi dello spettro artistico. Gestito dalla Direzione regionale competente in materia di salute e integrazione socio-sanitaria, che provvede anche al relativo aggiornamento. L'Albo è pubblicato sul sito istituzionale della Regione Lazio e aggiornato periodicamente.

Il sostegno economico quale contributo della spesa sostenuta dalla famiglia per i programmi psicologici, comportamentali ed educativi sopra descritti, viene concesso in modo graduato proporzionalmente all'ISEE ed è erogato con priorità ai nuclei familiari con numero di figlie nello spettro artistico superiori ad 1 e con un ISEE inferiore o pari ad € 8.000. Il tetto di spesa ammissibile massimo per utente è fissato dal Regolamento regionale in € 5.000,00 annui.

L'entità del sostegno viene valutata dall'Unità Valutativa Multidimensionale Integrata del Distretto D (composta da personale sociale e sanitario dei servizi territoriali – Consorzio, Distretto sociale e ASL/FR), considerando le risorse ed i servizi già attivi a favore della persona o comunque attivabili nella rete socio-sanitaria territoriale e in considerazione delle caratteristiche socio-economiche del nucleo familiare che presenta la richiesta.

### **3) Presentazione della domanda e valutazione**

Le Domande per l'ammissione alla misura vanno presentate presso il Comune di residenza, utilizzando la modulistica appositamente predisposta (MODELLO A) e disponibili presso gli uffici servizi sociali comunali e sul sito del consorzio el cassinate Distretto D di Frosinone [www.consorzioservizisociali.fr.it](http://www.consorzioservizisociali.fr.it) All'istanza vanno allegati:

- a) Documentazione sanitaria attestante la diagnosi di disturbo dello spettro artistico;
- b) Attestazione ISEE in corso di validità e regolarità;
- c) Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- d) Copia del documento di identità del minore in corso di validità.

**Le istanze possono essere presentate a decorrere dal 23 Aprile 2019 e fino al termine previsto al 30 Maggio 2019**

Il consorzio dei servizi sociali del cassinate si riserva la facoltà, entro i limiti del fondo assegnato, di provvedere alla riapertura dei termini dell'Avviso pubblico.

Il Comune di residenza con il consorzio, verifica l'ammissibilità della domanda. Contatta il servizio ASL – Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva (TSMRFE) di competenza territoriale, per programmare una valutazione multidimensionale integrata socio-sanitaria, coinvolgendo la famiglia.

In sede di valutazione viene fornita alla famiglia indicazione della tipologia di interventi maggiormente appropriata al caso; l'UVMD redige il Progetto di Assistenza individuale del minore o lo aggiorna se già esistente. Allo stesso modo, nel caso di prima valutazione del minore e qualora non sia stato ancora nominato, viene individuato un case manager con funzioni di referente per la famiglia e gli altri soggetti coinvolti, anche per il monitoraggio e la verifica dei risultati del progetto e delle prestazioni rese nell'ambito del sostegno economico in argomento.

### **4) Processo di presa in carico dell'istanza e decadenza**

A seguito dell'indicazione dell'UVMD circa la tipologia di intervento maggiormente appropriata al caso, la famiglia provvede alla scelta del professionista dall'elenco presente nell'Albo Regionale.

La famiglia può scegliere tra un Centro qualificato che abbia professionisti presenti nell'Albo regionale o direttamente il professionista, qualora abbia optato per un intervento domiciliare.

I Dati relativi al professionista sono registrati nel Progetto di Assistenza individuale del minore. Un tutor/operatore/tecnico che implementa programmi fondati sull'Applied Behavioural Analysis – ABA opera obbligatoriamente sotto la supervisione di un consulente qualificato e iscritto all'Albo; la famiglia, pertanto, deve indicare più di un tutor/operatore/tecnico, in considerazione della complessità del caso e il numero di ore di terapia settimanali.

La proposta di ore di intervento finanziabili per ogni utente viene indirizzata dal Comune di residenza al consorzio del cassinate del Distretto D di Frosinone; l'Ufficio di Piano, sulla base delle

indicazione fornite dall'UVMD e in considerazione dei limiti del fondo assegnato dalla Regione Lazio, predisporrà entro e non oltre il 31 luglio 2019 il provvedimento relativo all'elenco dei beneficiari della misura di sostegno per l'anno 2019.

Nel rispetto della vigente normativa sulla privacy, l'elenco è costituito da un codice utente assegnato a ciascun beneficiario.

Nel caso in cui il *case manager* evidenzi la non collaborazione o il mancato rispetto da parte dell'utente del Progetto di Assistenza individuale del minore concordato, può essere disposta la sospensione o la revoca del concessione del sostegno economico, con provvedimento motivato del Comune di residenza, comunicato al consorzio dei servizi sociali del cassinate Distretto FR/D di Frosinone.

#### **5) Modalità e tempi per presentare la dichiarazione, da parte delle famiglie, delle spese sostenute ai fini del contributo**

Le famiglie sono tenute alla presentazione al Comune di residenza della rendicontazione delle spese sostenute, compilando apposito modulo (**MODULO C**) disponibile presso gli Uffici Servizi Sociali comunali e sul sito del consorzio servizi sociali del cassinate Distretto FR/D di Frosinone [www.consorzioservizisociali.fr.it](http://www.consorzioservizisociali.fr.it) e consegnato a corredo del modulo di istanza, entro il termine il termine fissato al 31 gennaio 2020.

La documentazione fiscalmente valida deve essere intestata al minore o ai Rappresentanti legali dello stesso che hanno presentato richiesta di contributo alle spese. È prevista, da parte del Comune di residenza, la verifica delle dichiarazioni rese nonché la congruità amministrativa e tecnica in termini di ammissibilità delle spese rispondenza alle finalità di legge.

Il Comune invia al Consorzio dei Comuni del Cassinate l'elenco delle rendicontazione 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 per contributi e incorrerà nelle sanzioni previste dalla normativa vigente.

A seguito delle verifiche sulle dichiarazioni rese svolte dai Comuni, il Consorzio predispone gli atti di liquidazione del contributo alle famiglie, successivamente al trasferimento dei relativi fondi da parte della Regione Lazio.

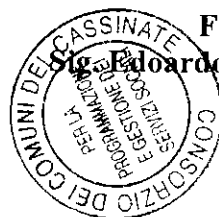
#### **6) Tutela dei dati personali**

Si informa, ai sensi della normativa vigente, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informativi, al solo fine di consentire l'attività di valutazione. I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, oltre che ad altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità del presente Avviso pubblico ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio Servizi Sociali del proprio Comune di residenza. Titolare del trattamento dei dati è il Comune di residenza del richiedente, nella persona del Legale Rappresentante.

#### **7) Informazioni**

Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente Avviso pubblico, si rimanda al Regolamento regionale 15 gennaio 2019 n.1 relativo alla disciplina degli interventi a sostegno delle famiglie dei minori in età evolutiva prescolare nello spettro artistico.

**Piedimonte, li 18.04.2019**



**F.to Il Presidente**

**Dr. Edoardo Antonino Fabrizio**



**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 .....

### 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 € \_\_\_\_\_ (importo in lettere \_\_\_\_\_)

- 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

--

<b>Istituto bancario</b>			
<b>Indirizzo</b>		<b>Città</b>	
<b>Agenzia n°</b>			
<b>Coordinate Bancarie (Codice IBAN)</b>			
<p>È 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 del 22/04/2019 emanato dal Consorzio dei Comuni del Cassinate.



**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:

- Documentato attestante la diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- Documentato aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente – ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario;
- Documentato di identità del richiedente in corso di validità;
- Documentato di identità del minore in corso di validità.



**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/FR – Distretto D Frosinone)

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 del 22/04/2019 emanato dal Consorzio Comuni del Cassinate