



AVVISO PUBBLICO PER IL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ - (0-12 anni) – Annualità 2023 e 2024.

Il Distretto Roma 4.3

RENDE NOTO

Le modalità di sostegno economico alle famiglie con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età

Arti. 1 Disposizioni generali

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 affetti da disturbo dello spettro autistico (*Autism Spectrum Disorder*, di seguito ASD), fino al dodicesimo anno di età, residenti nell'ambito territoriale, 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, ai sensi della vigente normativa:

- [Legge Regionale n. 7 del 22/10/2018, \(vedi art.74\)](#) - Disposizioni per la semplificazione e lo sviluppo regionale
- [Regolamento Regionale n. 1 del 15/01/2019](#) - Regolamento per la disciplina degli interventi a sostegno delle famiglie dei minori fino al dodicesimo anno di età nello spettro autistico e ss.mm.ii
- [Circolare n. 913221 del 17/08/2023 - Art. 74 legge regionale 22 ottobre 2018, n. 7 e regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1, verifiche della documentazione presentata dalle famiglie in fase di rendicontazione](#)
- [Determinazione n. G00470 del 18/01/2024 -Aggiornamento dell'Elenco Regionale dei professionisti con competenze ed esperienza per i disturbi dello spettro autistico](#)
- [Nota n. 0882661 del 04/08/2023 - Circolare esplicativa sulle procedure a tutela delle famiglie fragili](#)
- [Circolare n. 1130901 del 11/11/2022 - Integrazione alla circolare protocollo n. 0899675 del 20 settembre 2022](#)
- [Determinazione n. G15081 del 03/11/2022 - Incremento dell'autorizzazione di spesa](#)
- [Circolare n. 0899675 del 20/09/2022 - Regolamento regionale 15 settembre 2022, n.](#)



[13 concernente "Modifiche al regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 - Disposizioni transitorie](#)

- [Determinazione n. G10514 del 04/08/2022 - Perfezionamento della prenotazione di impegno n. 42303/2022](#)

Art. 2 Finalità e natura della misura di sostegno

1. Il sostegno alle famiglie è inteso come contributo a rimborso delle spese sostenute per i trattamenti previsti dall'art. 1 del presente avviso, nell'ottica di supportare la tempestività, l'intensività e la specificità dell'intervento.

2. Il sostegno economico, di cui al punto 1, è concesso secondo i criteri stabiliti dal Regolamento Regionale, adottato con la D.G.R. n. 866 del 28/12/2018 e ss.mm. e ii., e comunque non oltre la somma totale di € 5.000,00 annui per ciascun minore.

3. L'entità del sostegno è valutata considerando le risorse ed i servizi già attivi o attivabili nella rete socio-sanitaria a favore del minore (ad esempio, centri di riabilitazione territorialmente accreditati) e le caratteristiche socio-economiche del nucleo familiare che presenta la richiesta;

4. **Il rimborso per le spese relative alle annualità 2023 e 2024** è vincolato alle verifiche sulle dichiarazioni rese dalle famiglie, anche in ordine all'elenco dei professionisti di cui all'art. 3 del Regolamento regionale 1/2019, consultabile al seguente indirizzo web: <https://www.regione.lazio.it/documenti/82375> .

5. Al fine della rendicontazione, le famiglie che intendono presentare la domanda di ammissione al finanziamento saranno tenute a compilare l'Allegato Modello C "Dichiarazione delle spese sostenute", al quale dovranno essere allegati tutte le fatture/spese sostenute e dichiarate, con relative attestazioni di pagamento (es. bonifici e/o dichiarazioni dell'avvenuto pagamento).

Art. 3 Soggetti beneficiari

Possono beneficiare del sostegno di cui al precedente Avviso le famiglie con minori di età 0-12 anni, che presentino una diagnosi di ASD e siano residenti in uno dei Comuni del Distretto Roma 4.3.

Art. 4 Modalità e tempi di presentazione della domanda

Art. 4.1 – Rimborso spese sostenute nel corso dell'anno 2023

La domanda di ammissione al finanziamento (Mod. A e relativi allegati) con relativa



rendicontazione delle spese sostenute **nell'anno 2023** di cui all'art. 6 del presente Avviso potrà essere reperita presso i siti istituzionali dei cinque Comuni facenti parte del Distretto Roma 4.3:

Alla domanda (Mod.A), compilata in tutte le sue parti, dovrà essere allegata la seguente documentazione:

1. Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del minore;
2. Copia della diagnosi di Disturbo dello spettro autistico del minore;
3. Autodichiarazione dello stato di famiglia;
4. Eventuali certificazioni (verbale L.104/92, verbale di invalidità, ecc.) di altre patologie del minore e/o di altri componenti del nucleo familiare;
5. Autocertificazione circa la tipologia di servizi già attivi o attivabili (ad es. numero di ore di assistenza domiciliare, altre forme di contributi economici) a favore della persona per la quale si richiede il contributo;
6. Copia dichiarazione ISEE ordinario in corso di validità del nucleo familiare del minore;
7. Modello C "Dichiarazione delle spese sostenute" al quale dovranno essere allegate tutte le fatture/spese sostenute e dichiarate, con relative attestazioni di pagamento (bonifici, e/o dichiarazioni dell'avvenuto pagamento) relative all'anno 2023.

La domanda completa della rendicontazione delle spese di cui all'ART. 6 dovrà pervenire in busta chiusa all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza del richiedente **entro e non oltre il giorno 31/10/2024**, oppure tramite raccomandata A/R (in quest'ultimo caso farà fede la data e l'ora apposte dall'ufficio postale), o tramite Pec.

Sulla busta o nell'oggetto della Pec, dovrà essere scritto: **AVVISO PUBBLICO PER IL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO 2023.**

Resta inteso che, ai sensi della nota regionale n. 485853 del 05-05-2023, le istanze pervenute dopo il predetto termine saranno valutate soltanto qualora pervengano antecedentemente alla data di pubblicazione dell'atto di nomina della Commissione, nel rispetto degli obblighi di rendicontazione annua dei Comuni alla Regione Lazio, come stabilito dell'art. 64, comma 4 bis, della Legge regionale 11/2016.

Pertanto, le istanze pervenute oltre la data di pubblicazione dell'atto di nomina della Commissione saranno valutate nell'anno 2025 unitamente alle richieste di rimborso delle spese sostenute nel corso dell'anno 2024 ed eventualmente rimborsate previa effettiva disponibilità economica da parte dell'Ente preposto.

Art. 4.2 – Rimborso spese sostenute nel corso dell'anno 2024

La domanda di ammissione al finanziamento (Mod. A e relativi allegati) con relativa rendicontazione delle spese sostenute nell'anno 2024 di cui all'art. 6 del presente Avviso potrà essere reperita presso i siti istituzionali dei cinque Comuni facenti parte del Distretto Roma 4.3:



Alla domanda (Mod.A), compilata in tutte le sue parti, dovrà essere allegata la seguente documentazione:

1. Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del minore;
2. Copia della diagnosi di Disturbo dello spettro autistico del minore;
3. Autodichiarazione dello stato di famiglia;
4. Eventuali certificazioni (verbale L.104/92, verbale di invalidità, ecc.) di altre patologie del minore e/o di altri componenti del nucleo familiare;
5. Autocertificazione circa la tipologia di servizi già attivi o attivabili (ad es. numero di ore di assistenza domiciliare, altre forme di contributi economici) a favore della persona per la quale si richiede il contributo;
6. Copia dichiarazione ISEE ordinario in corso di validità del nucleo familiare del minore;
7. Modello C "Dichiarazione delle spese sostenute" al quale dovranno essere allegate tutte le fatture/spese sostenute e dichiarate, con relative attestazioni di pagamento (bonifici, e/o dichiarazioni dell'avvenuto pagamento) relative all'anno 2024.

La domanda completa della rendicontazione delle spese di cui all'ART. 6 dovrà pervenire in busta chiusa all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza del richiedente entro e non oltre il giorno 31/07/2025, oppure tramite raccomandata A/R (in quest'ultimo caso farà fede la data e l'ora apposte dall'ufficio postale), o tramite Pec.

Sulla busta o nell'oggetto della Pec, dovrà essere scritto: **AVVISO PUBBLICO PER IL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO 2023.**

Resta inteso che, ai sensi della nota regionale n. 485853 del 05-05-2023, le istanze pervenute dopo il predetto termine saranno valutate soltanto qualora pervengano antecedentemente alla data di pubblicazione dell'atto di nomina della Commissione, nel rispetto degli obblighi di rendicontazione annua dei Comuni alla Regione Lazio, come stabilito dell'art. 64, comma 4 bis, della Legge regionale 11/2016.

Pertanto, le istanze pervenute oltre la data di pubblicazione dell'atto di nomina della Commissione saranno valutate nell'anno 2026 unitamente alle richieste di rimborso delle spese sostenute nel corso dell'anno 2025 ed eventualmente rimborsate previa effettiva disponibilità economica da parte dell'Ente preposto.

Art. 5 Istruttoria di ammissibilità e valutazione

Il Distretto Roma 4.3, a conclusione della ricezione delle richieste, valuta l'ammissibilità delle stesse attraverso una commissione debitamente istituita che verifica la completezza dell'istanza. Le domande complete ed ammissibili saranno oggetto di UVMD (Unità valutativa multidimensionale) con la partecipazione del servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva (di seguito TSMREE) della Asl Roma 4.3.



Saranno finanziati un numero complessivo di beneficiari fino alla concorrenza delle somme disponibili in bilancio per tale intervento.

Art. 6 Modalità di rendicontazione ed erogazione alle famiglie

Alle famiglie già beneficiarie dell'intervento negli anni precedenti e a coloro che risulteranno idonee, saranno rimborsate le spese sostenute e rendicontabili nell'annualità 2023 e 2024, per un massimo di € 5.000,00 annui per il rimborso delle spese sostenute per gli interventi a sostegno di minori con spettro autistico, sulla base dell'importo assegnato in fase di valutazione della domanda e in base al punteggio assegnato nel rispetto dei criteri previsti. Qualora il minore sia stato beneficiario nel corso dell'anno, di altro intervento economico di rimborso per interventi destinati a persone disabili, il contributo che verrà assegnato sarà da intendersi quale eventuale integrazione al finanziamento già riconosciuto e comunque non oltre l'importo massimo di € 5.000,00 annue previste dal presente Avviso.

Ad esempio, se la famiglia ha ottenuto un rimborso per altri interventi per € 6.000,00 nel corso dell'anno, a fronte di spese relative ad interventi per lo spettro autistico di € 8.000,00; a questa sarà attribuita una somma, sulla base del punteggio assegnato, che non potrà comunque superare l'importo massimo di € 2.000,00, quale integrazione al contributo già ottenuto per il raggiungimento della somma totale spesa, ossia € 8.000,00.

Al fine del rimborso delle spese sostenute sarà necessario compilare il Modello C, parte integrante del presente Avviso, a cui allegare anche tutte le fatture/spese sostenute e dichiarate, con relative attestazioni di pagamento (es. bonifici e/o dichiarazioni dell'avvenuto pagamento) della relativa annualità.

Art. 7 Criteri di valutazione e punteggi

Ogni domanda di accesso al contributo raggiungerà un punteggio per ogni area oggetto di valutazione (i criteri di valutazione sono allegati al presente avviso – **(Allegato 1)**).

L'attribuzione dei punteggi avverrà sulla scorta delle dichiarazioni rese e della documentazione prodotta.

Il punteggio assegnato per ogni area potrà raggiungere il seguente punteggio massimo:

AREA DI RIFERIMENTO	PUNTEGGIO MASSIMO
Area sanitaria	n. 50 punti
Area del bisogno sociale	n. 40 punti



Area socio-economica	n. 10 punti
----------------------	-------------

Parità di punteggio

In caso di parità di punteggio, sarà presa in considerazione la data di arrivo della domanda.

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

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

Trasparenza

Il presente Avviso è pubblicato sui siti dei cinque Comuni facenti parte del Distretto Roma 4.3.

I successivi atti di nomina Commissione ed impegno di spesa verranno effettuati soltanto previa verifica della disponibilità ad intervenuta approvazione di bilancio di previsione 2023/2025.

Per ogni utile informazione è possibile rivolgersi presso i Servizi Sociali dei Comuni del Distretto Roma 4.3 e/o presso l'Ufficio di Piano del Distretto stesso.

Telefono 06 99816353 - email simona.dipaolo@comune.bracciano.rm.it

Il Responsabile del Procedimento è la dott.ssa Simona Di Paolo, Coordinatore del Distretto Roma 4.3.

Bracciano, lì 13/08/2024.



Modello “A”

DOMANDA AVVISO PUBBLICO PER IL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETA' (0-12 anni)

Il/la sottoscritto/a

nato/a il

residente a in vian.

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:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del minore;
- Copia della diagnosi di Disturbo dello spettro autistico del minore
- Autodichiarazione dello stato di famiglia;



- Eventuali certificazioni (L.104/92, verbale di invalidità, ecc.) di altre patologie del minore e/o di altri componenti del nucleo familiare;
- Autocertificazione circa la tipologia di servizi già attivi o attivabili (ad esempio, numero di ore di assistenza domiciliare, altre forme di contributi economici) nella 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;
- Modello C "Dichiarazione delle spese sostenute" al quale dovranno essere allegati tutte le fatture/spese sostenute e dichiarate, con relative attestazioni di pagamento (es. bonifici e/o dichiarazioni dell'avvenuto pagamento) relative all'anno 2022;
- Modello "D" "MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO";

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, ecc.)

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



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE¹
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a

nato/a il

residente a in vian.

C.F.

Di cittadinanza,

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Che i servizi già attivi in favore del proprio figlio/a sono i seguenti:

- Assistenza domiciliare per n° _____ ore settimanali;
- Contributi economici: comunali indennità di frequenza
- Altro

.....
.....
.....
.....

Luogo e data:

IL DICHIARANTE

.....

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 s'informa che i dati e le informazioni raccolti nella presente dichiarazione verranno utilizzati unicamente per le finalità per le quali sono state acquisiti.



Modello "C"

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO
PER LE FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL
DODICESIMO ANNO DI ETA' (0- 12 anni)**

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 il

residente a in vian.

C.F.

Tel. Cell.

email:

in qualità di genitore/tutore di

nato/a il

residente a

in via n.

C.F.

Indica il/i nominativo/i del/dei professionista/i scelto/i, iscritto/i all'Albo regionale di cui
all'art. 3 del Regolamento 15 gennaio 2019, n.1

Nominativo/i:

.....

.....



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:

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 _____

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

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

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

per un totale di € _____

di allegare copia delle fatture sopra elencate e dei relativi bonifici di pagamento;

di non percepire altri contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi.

Luogo e Data:

Firma



ALLEGATO 1

N.B.: LA PRESENTE SCHEDA SARA' REDATTA ESCLUSIVAMENTE DALL'U.V.M.D. IN SEDE DI VALUTAZIONE DELLE DOMANDE (NON DEVE ESSERE COMPILATA DAL RICHIEDENTE).

Criteria di valutazione

I benefici saranno assegnati secondo una valutazione effettuata da un'equipe multi professionale, composta dagli operatori della ASL e del Distretto Roma 4.3 e tenendo conto della scheda sotto riportata.

SCHEDA INTEGRATA SOCIO-SANITARIA Diagnosi ASD

NOME UTENTE:	PUNTEGGIO MASSIMO	RISERVATO ALL'UFFICIO
Livello 3	25	
Livello 2	20	
Livello 1	15	
1.1 COMORBIDITÀ ALTRE DIAGNOSI	10	
1.2 PRESENZA ALTRI FIGLI CON ASD	15	
<i>totale (max 50)</i>		

**Servizi (ore e/o contributi)**

	ATTIVI	PUNTEGGIO	RISERVATO UFFICIO	NOTE - Servizi attivabili
Nessun servizio		20		
<u>S. Sociali territoriali:</u>				
-AEC;		4		
-Ass. domiciliare comunale;		4		
<u>S. Sociali distrettuali:</u>				
- Ass. Educativa domiciliare distrettuale		4		
- L.R. 20/2006		4		
- Disabilità gravissima DGR 104/17		2		
Altri servizi socio-sanitari		2		
Totale (max 20)				

Nucleo familiare max 20

Situazione familiare	PUNTEGGIO	RISERVATO ALL'UFFICIO
Presenza altri disabili adulti	5	
Presenza altri disabili minori (NO ASD)	5	
Totale (max 10)		



Composizione del nucleo familiare	PUNTEGGIO	RISERVATO ALL'UFFICIO
Nucleo familiare monogenitoriale	4	
Nucleo familiare 3/4 persone	2	
Nucleo familiare 5 o più persone	4	
Totale (max 10)		

Condizione economica

ISEE ORDINARIO	PUNTEGGIO	RISERVATO ALL'UFFICIO
Da € 0,00 a € 8.000,00	10	
Da € 8.000,01 a € 11.000,00	7	
Da € 11.000,01 € a € 18.000,00	5	
Oltre € 18.000,01	2	
Totale (max 10)		