



MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALL'ATTUAZIONE DEI PROGETTI RIABILITATIVI DOMICILIARI E AMBULATORIALI PER TRATTAMENTI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI DESTINATI A MINORI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO IN ETÀ EVOLUTIVA (0-17 ANNI)

SI RENDE NOTO

che questa Amministrazione intende soddisfare il fabbisogno assistenziale relativo all'erogazione di trattamenti cognitivo-comportamentali per soggetti con Disturbo dello Spettro Autistico, in età evolutiva (0-17 anni), anche mediante la collaborazione con Enti autorizzati, laddove gli spazi dei propri Enti accreditati fossero saturati e, dunque, indisponibili.

E' necessità dell'Azienda, pertanto, acquisire la collaborazione con *partner* specializzati per l'erogazione di trattamenti riabilitativi specifici per minori con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico (DSM V APA 2013), che attuino come da prescrizione della ASL programmi di intervento riabilitativo cognitivo-comportamentali basati sugli interventi consigliati nelle Linea guida ISS dell'ottobre 2023 "Raccomandazioni della linea guida sulla diagnosi e sul trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini e adolescenti", ovvero sull'analisi applicata del comportamento (ABA), (*Early Intensive Behavior Intervention, ABA DTT, ABA VB, Pivotal Response Training*) e/o su metodologie che integrino le tecniche comportamentali con un approccio evolutivo-naturalistico (NDBI) (*ESDM, JASPER*) e/o interventi comportamentali orientati al programma TEACCH, e/o interventi evolutivi (*DIR*).

In particolare, per il programma riabilitativo finalizzato diagnosi precoce, alla cura e al trattamento individualizzato dei soggetti con disturbo dello spettro autistico, si conferisce particolare rilievo:

- alla *qualità dell'assistenza* attraverso un percorso di diagnosi, cura e trattamento con l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche disponibili;
- all'*integrazione nella vita sociale* che promuova il reinserimento e l'integrazione del minore nella vita sociale mediante il raccordo dell'assistenza sanitaria con le istituzioni scolastiche e attraverso interventi sulla rete sociale formale e informale.
- al *coinvolgimento della famiglia* con una partecipazione più attiva della stessa, per mezzo di interventi di sostegno, formazione, orientamento ed anche di coinvolgimento attivo nel percorso terapeutico.

La struttura dovrà pertanto essere in possesso dei requisiti richiesti, secondo la direttiva del Regolamento della Regione Lazio n.1 del 15 gennaio 2019 e ss.mm.ii. (art. 3 e 4):

- autorizzazione all'esercizio di attività domiciliari e ambulatoriali;
- esperienza documentabile di almeno 3 anni nel trattamento dei Disturbi dello Spettro Autistico in età evolutiva;
- presenza di équipe costituita, da operatori con documentate laurea triennale in ambito sanitario (psicologi, logopedisti, TNPEE, TO, educatori professionali sanitari) e formazione specialistica in uno dei trattamenti cognitivo-comportamentali *evidence-based* previsti dalle Linee guida già citate;
- presenza di almeno un coordinatore/supervisore (neuropsichiatra infantile o psicologo) esperto del modello di intervento utilizzato, che abbia una specializzazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale. L'esperienza e la formazione del supervisore/coordinatore devono essere documentabili. In base a quanto previsto dal modello di intervento utilizzato (linee guida ISS), l'équipe deve prevedere una programmazione e dei monitoraggi periodici da parte del coordinatore/supervisore;
- iscrizione al Sistema Pagamenti SSR (DCA Regione Lazio n.308/2015 e DCA n.32/2017) ed emissione da parte dell'ente erogatore di fatture conformi a quanto disposto al comma 3 del Decreto del MEF del 27 dicembre 2019 "Modalità e tempi per l'attuazione delle disposizioni in materia di

emissione e trasmissione dei documenti attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica da applicarsi agli enti del Servizio Sanitario Nazionale". Tale decreto prevede inoltre che dall'1 gennaio 2021 l'ASL Roma 2 è tenuta ad effettuare tutti gli ordini di acquisto esclusivamente in formato elettronico e trasmetterli per il tramite del Nodo di smistamento degli Ordini (NSO);

La manifestazione di interesse alla presente procedura dovrà essere esclusivamente prodotta mediante PEC indirizzata a protocollo.generale@pec.aslroma2.it.

Per eventuali informazioni gli interessati potranno rivolgersi a tsmree.eucalipti@aslroma2.it

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento Europeo GDPR n. 679 del 2016 e del decreto legislativo 30.06.2003, n. 196, i dati personali saranno raccolti presso questa Azienda, per le finalità di gestione della procedura e potranno essere trattati, anche successivamente all'instaurazione del rapporto, per le finalità inerenti la gestione del rapporto stesso. Nel trattamento ed utilizzo dei dati è compresa ogni forma di comunicazione e pubblicazione correlata alle stesse procedure. Tali dati potranno essere sottoposti ad accesso da parte di coloro che sono portatori di un concreto interesse ai sensi dell'art. 22 l. 241/1990 e s.m.i. nonché per i successivi adempimenti previsti dalla normativa vigente, ivi compreso il D.Lgs. n. 33/2013.

Titolare del trattamento dei dati è l'ASL Roma 2.

Allegato 1 FAC SIMILE DOMANDA

**FAC-SIMILE ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

Al Direttore Generale
Dott. Francesco Amato
Azienda Sanitaria Locale Roma 2
Via M. Brighenti, 23 Edificio B
00159 - ROMA

Indirizzo PEC: protocollo.generale@pec.aslroma2.it

OGGETTO: ISTANZA PER ADESIONE ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALL'ATTUAZIONE DI PROGETTI RIABILITATIVI DOMICILIARI E AMBULATORIALI PER TRATTAMENTI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI DESTINATI A MINORI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO IN ETA' EVOLUTIVA (0-17 ANNI)

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____ e residente in _____ via _____ n. _____ codice fiscale _____ in qualità di _____ rappresentante legale di (nome struttura) _____ con sede legale in _____ via _____ e sede operativa in _____ via _____ Codice Fiscale n. _____ partita IVA n. _____, consapevole, a norma degli articoli 46-47 del DPR 28.12.2000 n. 445, che le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000),

MANIFESTA

il proprio interesse ad essere iscritto nell'elenco di partner per l'erogazione di trattamenti cognitivo-comportamentali destinati a minori con Disturbo dello Spettro Autistico, in età evolutiva (0-17 anni)

e DICHIARA

1. che la Struttura, di cui è rappresentante legale, è in possesso dei requisiti previsti nell'avviso di manifestazione di interesse in argomento, nello specifico i requisiti dei professionisti si riferiscono agli artt.3 e 4 del Regolamento della Regione Lazio n.1 del 15/01/2019 e ss.mm.ii.:

- autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria domiciliare e ambulatoriale;
- esperienza documentabile di almeno 3 anni nel trattamento dei Disturbi dello Spettro Autistico in età evolutiva;
- presenza di equipe costituita da operatori con almeno una laurea triennale in ambito sanitario (psicologi, logopedisti, TNPEE, TO, educatori professionali sanitari) e specializzati in uno dei

trattamenti cognitivo-comportamentali *evidence-based* descritti in precedenza;

- presenza di almeno un coordinatore/supervisore (psicologo o neuropsichiatra infantile) esperto del modello di intervento utilizzato, che abbia una specializzazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale;
- iscrizione al Sistema Pagamenti SSR (DCA Regione Lazio n.308/2015 e DCA n.32/2017) ed emissione da parte dell'ente erogatore di fatture conformi a quanto disposto al comma 3 del Decreto del MEF del 27 dicembre 2019 "Modalità e tempi per l'attuazione delle disposizioni in materia di emissione e trasmissione dei documenti attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica da applicarsi agli enti del Servizio Sanitario Nazionale";

2. di essere a conoscenza che la presente istanza non costituisce prova di possesso dei suddetti requisiti;

3. di essere a conoscenza che la presente istanza non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo l'Azienda, la quale seguirà le procedure previste nell'avviso di manifestazione di interesse in oggetto e si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di sua esclusiva competenza, il procedimento avviato, senza che i soggetti istanti possano vantare alcuna pretesa.

Eventuale documentazione allegata:

Luogo _____, li _____

(nome e cognome)
Rappresentante legale
(denominazione struttura)
TIMBRO e FIRMA
