

# DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5/6

CONVENZIONE TRA I COMUNI DI  
ARTENA, CARPINETO ROMANO, COLLEFERRO, GAVIGNANO, GORGA, LABICO, MONTELANICO, SEGNI, VALMONTONE  
PER LA GESTIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI.

Comune capofila COLLEFERRO

Alla c. a. delle/dei Responsabili dei Servizi sociali  
Delle/degli Assistenti sociali  
dei Comuni di:

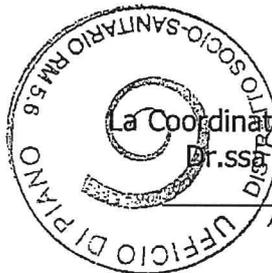
ARTENA - comune.artena@pec.it  
CARPINETO ROMANO - segreteria@carpinetoromano@pec.provincia.roma.it  
COLLEFERRO - comune.colleferro@legalmail.it  
GAVIGNANO - comunegavignano@interfreepec.it  
GORGA - comunegorga@interfreepec.it  
LABICO - protocollo@comune.labico.legalmail.it  
MONTELANICO - protocollo@pec.comune.montelanico.roma.it  
SEGNI - comune.segni@pec.it  
VALMONTONE - protocollo@cert.comune.valmontone.rm.it

**Oggetto:** Massima diffusione dell'Avviso pubblico "Interventi a sostegno delle famiglie dei minori tra i 12 e i 17 anni di età nello spettro autistico residenti nei comuni del Distretto sociosanitario RM 5-6"

Vi chiedo di dare massima diffusione sui siti istituzionali dei vostri rispettivi Comuni dell'Avviso Pubblico in oggetto.

In allegato alla presente nota trovate il manifesto riassuntivo dell'Avviso, il testo completo dello stesso e tutti gli allegati necessari alla compilazione della domanda (Modello A, Allegato 1, Allegato 2 e Modello 2).

Certi di una vostra collaborazione, vi invio i miei cordiali saluti,

  
La Coordinatrice dell'Ufficio di Piano  
Dr.ssa Antonella Pacella



*Allegato 1*

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE  
U.O.C. TSMREE

**CERTIFICAZIONE SANITARIA PER L'ACCESSO AL SOSTEGNO ECONOMICO IN  
FAVORE DEI MINORI TRA I 12 E I 17 ANNI DI ETÀ CON DISTURBO DELLO  
SPETTRO DELL'AUTISMO  
(ICD10 F84.0)**

**Si certifica che il minore:**

NOME:
COGNOME:
LUOGO E DATA DI NASCITA:
CODICE FISCALE:
RESIDENZA (COMUNE E INDIRIZZO):
DISTRETTO SOCIOSANITARIO:

- Presenta un Disturbo dello Spettro dell'Autismo (ICD10 F84.0)**
  
- Presenta un Disturbo del Neurosviluppo associato a atipie nelle principali acquisizioni neuro-psicomotorie e comunicativo-linguistiche (ICD10 F84.9). Valido solo per i minori fino a 3 anni**

**Associato a :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Al fine di stabilire un punteggio di gravità, compilare la seguente tabella, estrapolata dalle schede per l'inserimento nella lista d'attesa unica (deliberazione aziendale ASL Roma 5 n° 73 del 28/01/2019).



## Criterio di Gravità nel Disturbo dello Spettro dell'Autismo (ICD10 F84.0)

Condizioni di urgenza	Punteggio
-----------------------	-----------

Urgenza Punti 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I bambini 0 - 3 anni con Disturbo del Neurosviluppo associato a atipie nelle principali acquisizioni neuro-psicomotorie e comunicativo-linguistiche (ICD10 F84.9)</li> <li>▪ L'età 3 – 6 anni</li> <li>▪ La presenza di problematiche comportamentali</li> </ul>	
----------------------	---	--

Intervento Necessario (finestra evolutiva) Punti 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ &lt; 6 anni</li> </ul>	
--	---	--

Condizioni di Priorità						
Fasce di età		0- 2.11 mesi	3- 5,11 mesi	6- 10 Anni	>10 anni	Punteggio
Q.I.	< 70	100	100	100	100	
	> 70	100	100	50	50	
Competenze Comunicativo Linguistiche	Non verbale	100	100	100	100	
	Verbale Basso	100	100	75	75	
	Verbale Alto	75	100	50	50	
Funzionamento Adattivo con riferimento all'età equivalente	Lievi: 6-12 mesi	100	100	50	24 mesi	50
	Moderati: >6-12 mesi	100	100	100	>24 mesi	75
Problemi Comportamentali	Disturbo presente	100	100	100	100	

<b>Totale Punteggio di Gravità</b>
------------------------------------

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Per l'équipe TSMREE

Firma NPI

\_\_\_\_\_





DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5/6



REGIONE LAZIO

Modello 2

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO TRA I 12 E I 17 ANNI DI ETÀ**  
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.)

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 di protocollo \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, ammissibile all'erogazione del sostegno economico con atto n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2024;
- vista la valutazione multidimensionale effettuata;

Indicare il nominativo del/dei professionista/i scelto/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. n. 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 e ss.mm.ii.;

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 \_\_\_\_\_

COMUNE DI COLLEFERRO - AOO - REG\_PROT - 0011840 - Uscita - 17/03/2025 - 12:18





Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Ministro per le disabilità

## AVVISO PUBBLICO

INTERVENTI A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE DEI MINORI TRA I 12 E I 17 ANNI DI ETÀ NELLO SPETTRO AUTISTICO RESIDENTI NEI COMUNI DEL DISTRETTO SOCIOSANITARIO RM 5.6  
CONTRIBUTO PER LE SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2024

Estensione della procedura del Regolamento regionale n. 1/2019 e ss.mm. ii

### Riferimenti Normativi:

Legge Regionale n. 11/2016  
Legge Regionale n. 7 - 22/10/2018 e ss.mm. ii  
Regolamento Regionale n. 1 - 15/01/2019 e ss.mm.ii  
Regolamento Regionale n. 11 - 02/12/2024  
Linee Guida dell'istituto superiore di sanità LG21/11

Deliberazione Giunta Regionale n. 75 - 13/02/2018  
Deliberazione Giunta Regionale n. 1 - 24/01/2019  
Deliberazione Giunta Regionale n. 875 – 26/11/2019  
Deliberazione Giunta Regionale n. 357 – 16/06/2020  
Deliberazione Giunta Regionale n. 289 - 15/06/2023

Determinazione Dirigenziale Regionale n. G03047 del 18/03/2019  
Determinazione Dirigenziale Regionale n. G08741 - 23/07/2020  
Determinazione Dirigenziale Regionale n. G12405 - 21/09/2023  
Determinazione Dirigenziale Regionale n. G13192 del 07/10/2024

## FINALITÀ E OGGETTO

In attuazione della DGR 289/2023, gli interventi di assistenza sociosanitaria previsti dalle linee guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico dell'ISS, valutati in sede di UVMD e ricompresi nel progetto personalizzato con relativo budget di salute, in favore di minori nello spettro autistico con età compresa tra il dodicesimo e il diciassettesimo anno di vita (dal 12° anno e 1 giorno fino ai 17 anni e 364 giorni compiuti), si realizzano tramite assistenza economica (art. 25, comma 1, lett. c) della LR 11/2016), in forma di contributo rivolto alle famiglie che si avvalgono dei programmi psicologici e comportamentali strutturati nonché degli altri trattamenti con evidenza scientifica mirati a promuovere lo sviluppo cognitivo, sociale e comunicativo per favorire il migliore adattamento possibile alla vita quotidiana e riconosciuti dalle Linee guida dell'Istituto superiore di sanità LG21/11.

Vista la peculiarità della fascia di età, la linea di azione è da intendersi come una sperimentazione dell'estensione della procedura del regolamento regionale 1/2019 e ss.mm.ii a minori oltre i 12 anni. Le prestazioni rimborsabili sono quelle concordate con la famiglia entro il PTRP (progetto terapeutico riabilitativo personalizzato) a cura dall'Azienda Sanitaria, erogate da professionisti iscritti all'Elenco regionale di cui al regolamento regionale 1/2019 e ss.mm.ii.

I criteri di valutazione di priorità sono i medesimi indicati nel regolamento regionale 1/2019 e ss.mm.ii. "Regolamento per la disciplina degli interventi a sostegno delle famiglie dei minori fino al dodicesimo anno di età nello spettro autistico".

## DESTINATARI

- Famiglie con minori nello spettro autistico con età compresa tra il dodicesimo e il diciassettesimo anno di vita (dal 12° anno e 1 giorno fino ai 17 anni e 364 giorni compiuti).
- Residenti nei Comuni compresi nel Territorio del Distretto Sociosanitario 5.6, Comune Capofila Colleferro (Artena, Carpineto Romano, Colleferro, Gavignano, Gorga, Labico, Montelanico, Segni e Valmontone).

Le famiglie devono presentare formale richiesta di ammissibilità riguardo alle spese sostenute per fruire degli interventi erogati dai professionisti iscritti nell'apposito elenco regionale o in un centro qualificato che abbia professionisti presenti nel citato elenco. Il sostegno economico previsto dal presente intervento assume la forma di contributo alla spesa sostenuta dalla famiglia, ed è concesso secondo criteri delineati dal Regolamento Regionale, comunque entro il tetto di spesa ammissibile massimo per beneficiario, pari a € 5.000 annui. L'importo del contributo potrebbe variare anche in funzione del numero di istanze ammesse.

Il tetto massimo è erogato con priorità ai sequenti beneficiari:

- Nuclei familiari con un numero di figli nello spettro autistico superiori a uno e con un ISEE pari o inferiore a € 8.000.

L'entità del sostegno è valutata considerando le risorse e i servizi già attivi a favore della persona, o attivabili nella rete sociosanitaria e in considerazione delle caratteristiche socio economiche del nucleo familiare che presenta la richiesta.

Non sono comunque ammesse a contributo le spese per le quali siano stati concessi altri contributi pubblici.

## VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E PROGETTO PERSONALIZZATO

Il Comune di residenza del richiedente, in collaborazione con l'Ufficio di Piano del Distretto Sociosanitario RM 5.6, a conclusione dell'istruttoria amministrativa delle richieste, valuta l'ammissibilità delle domande e contatta la U.V.M.\_A Asl Roma 5, istituita con Delibera Aziendale n. 319 del 21/03/2019 per programmare la valutazione multidimensionale, coinvolgendo la famiglia. In sede di valutazione viene indicata la tipologia di intervento maggiormente appropriata al caso, in relazione al quadro diagnostico, alla diagnosi funzionale ed al progetto terapeutico-riabilitativo predisposto dalla U.V.M.\_A in favore del minore. La famiglia può scegliere tra un centro qualificato che abbia professionisti presenti nell'elenco regionale o direttamente un professionista iscritto nell'elenco.

La U.V.M.\_A. invia l'esito della valutazione multidimensionale per ogni richiedente all'Ufficio di Piano dichiarandone lo stato o l'assenza di idoneità rispetto al criterio sanitario.

Successivamente, in seduta comune, la U.V.M.\_A, l'Ufficio di Piano e il servizio sociale territorialmente competente attribuiscono a ciascun idoneo un punteggio complessivo risultante dalla valutazione multidimensionale sanitaria (per i criteri si veda l'Allegato 1) e sociale-economica (si veda la tabella di seguito riportata). L'Ufficio di Piano dispone quindi l'elenco degli aventi diritto alla misura di sostegno, entro i limiti del fondo assegnato dalla Regione Lazio.

CRITERI SOCIALI	RANGE PUNTI (MAX)	PUNTI ASSEGNATI
I criteri di valutazione sono relativi ai componenti del nucleo familiare residenti con il minore. All'interno di ogni sotto categoria i punteggi non sono cumulabili. Nel caso in cui un minore presenta entrambi i criteri che danno diritto alla priorità non verranno calcolati i punteggi relativi alla presenza di una sorella/un fratello con autismo e l'ISEE inferiore o pari a € 8.000,00.		
<b>1) Presenza di criteri che assegnano priorità</b>	<b>70</b>	<b>___/70</b>
1.a - Presenza di fratello/sorella con autismo e con ISEE inferiore o pari a € 8.000,00	70	
<b>2) Componenti del nucleo familiare con riconoscimento di invalidità civile o L. n. 104/92</b>	<b>10</b>	<b>___/10</b>
2.a - Presenza nello stesso nucleo di una sorella/un fratello affetto da autismo	10	
2.b - Presenza di un altro minore o di un genitore con disabilità (certificati l. n. 104/92 art. 3, comma 3 e/o L. n. 18/80 art. 1)	8	
2.c - Presenza di un altro componente del nucleo familiare con disabilità (certificati l. n. 104/92 art. 3, comma 3 e/o L. n. 18/80 art. 1)	5	
2.d - Assenza	0	
<b>3) Presenza di altri minori</b>	<b>3</b>	<b>___/3</b>
Si	3	
No	0	
<b>4) Servizi attivi per il beneficiario</b>	<b>7</b>	<b>___/7</b>
4.a - 0 ore settimanali	7	
4.b - Da 1 a 10 ore settimanali	4	
4.c - Da 11 a 20 ore settimanali	2	
4.d - Da 21 ore settimanali in poi	0	
<b>5) Condizione economica (ISEE)</b>	<b>10</b>	<b>___/10</b>
5.a - Da € 0,00 a € 8.000,00	10	
5.b - Da € 8.000,01 a € 16.000,00	7	
5.c - Da € 16.000,01 a € 24.000,00	5	
5.d - Oltre € 24.000,01	0	

## TERMINI E MODALITÀ PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Il genitore del minore, il tutore o chi ne garantisce protezione giuridica, deve presentare domanda di partecipazione attraverso la compilazione dell'apposito modulo allegato al presente Avviso Pubblico (Modello A), approvato con Determinazione Dirigenziale Regionale n. G08741 – 23/07/2020.

La domanda andrà consegnata e protocollata presso gli Uffici del proprio Comune di Residenza, o inviata a mezzo PEC agli indirizzi del proprio Comune di Residenza, debitamente firmata e datata e completa dei seguenti allegati **a pena di esclusione**:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del minore;
- Certificazione sanitaria di diagnosi di disturbo dello spettro autistico, rilasciata dal TSMREE del territorio di residenza (Allegato 1);
- ISEE ordinario del nucleo familiare del minore in corso di validità;
- Autocertificazione dello stato di famiglia (Allegato 2);
- Per i cittadini stranieri extra-EU: copia di permesso di soggiorno del richiedente in corso di validità;
- Per i tutori: copia del provvedimento di protezione giuridica che legittima l'istante a rappresentare il minore.

**Le domande dovranno pervenire entro le ore 12:00 del 11/04/2025.**

Si precisa che l'Elenco dei professionisti, di cui all'art. 3 del Regolamento Regionale n. 1 - 15/01/2019 e ss.mm.ii , è pubblicato e consultabile sul sito istituzionale della Regione Lazio, anche per i relativi aggiornamenti, alla pagina di seguito indicata: <https://www.salutelazio.it/sostegno-economico-alle-famiglie-con-minori-nello-spettro-autistico-fino-a-12-anni-di-et%C3%A0>

Le famiglie ammesse al beneficio, entro la data del **06 giugno 2025**, dovranno far pervenire al Comune di residenza la dichiarazione delle spese sostenute nell'anno 2024 compilando il modello C allegato al presente avviso. ***Al Modello 2 andranno allegate copie delle fatture di pagamento debitamente quietanzate delle terapie effettuate.***

Per quant'altro si fa espresso rinvio al Regolamento Regionale n. 1 – 15/01/2019 e ss.mm.ii e alle Determinazioni Dirigenziali Regionali di cui ai riferimenti normativi sopra esposti.

### RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Il Responsabile del procedimento è la Dr.ssa Eleonora Pantaloni, Responsabile amministrativa dell'Ufficio di Piano Distretto Socio-Sanitario 5.6:

[eleonora.pantaloni@comune.colleferro.rm.it](mailto:eleonora.pantaloni@comune.colleferro.rm.it) – tel.: 06.97203224.

### RICHIESTA DI CHIARIMENTI E INFORMAZIONI

Per chiarimenti ed informazioni è possibile rivolgersi ai Servizi Sociali dei Comuni afferenti al Distretto Socio-sanitario RM 5.6 (Artena, Carpineto Romano, Colleferro, Gavignano, Gorga, Labico, Montelanico, Segni e Valmontone) o all'Ufficio di Piano: 06.97203350/351/353 (dal lunedì al venerdì, dalle 08.00 alle 14.00, e martedì e giovedì, dalle 14.30 alle 17.30) oppure inviando una e-mail al seguente indirizzo: [osservatorio@pianodizonarm5-6.it](mailto:osservatorio@pianodizonarm5-6.it).

## TUTELA DELLA PRIVACY

Tutti i dati acquisiti in virtù del presente avviso saranno trattati secondo GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679).

## PUBBLICAZIONE

Il presente Avviso Pubblico e la relativa modulistica sono disponibili sul sito del Distretto Socio-sanitario RM 5.6 ([www.pianodizonarm5-6.it](http://www.pianodizonarm5-6.it)), nonché sul sito di tutti i Comuni afferenti al medesimo.

Colleferro, li 06/03/2025

**L'Assessore ai Servizi Sociali  
del Comune di Colleferro  
Capofila di Distretto**

**DIANA STANZANI**



**Il Sindaco del Comune di Colleferro  
Capofila di Distretto**

**PIERLUIGI SANNA**



