



REGIONE
LAZIO

COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

**INTERVENTI A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE
DEI MINORI FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ
CON DISTURBO NELLO SPETTRO AUTISTICO
RESIDENTI NEL DISTRETTO SOCIOSANITARIO RM5.4.**

Riferimenti Normativi:

Legge Regionale n. 11/2016

Legge Regionale n. 7 – 22/10/2018 e ss. mm.

Regolamento Regionale n. 1 – 15/01/2019 e ss. mm.

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

Determinazione Dirigenziale Regionale n. G03047 – 18/03/2019

Determinazione Dirigenziale Regionale n. G08741 – 23/07/2020

La Regione Lazio, in attuazione del Regolamento Regionale n. 1 del 15 gennaio 2019 e ss.mm., di cui all'art. 74 della L.R. n. 7 del 22/10/2018, sostiene le famiglie dei minori fino al dodicesimo anno di età con disturbo dello spettro autistico residenti nel Lazio, che intendono liberamente avvalersi dei programmi psicologici e comportamentali strutturati (Applied Behavioural Analysis – ABA, Early Intensive Behavioural Intervention – EIBI, Early Start Denver Model – ESDM), dei programmi educativi (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children – TEACCH) e di altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta, rientranti tra quelli di cui alle Linee Guida dell'istituto superiore di sanità LG21/11, nonché degli altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta di cui all'art. n. 74 comma 1 della L.R. n. 7/2018, mirati a modificare i comportamenti del bambino per favorire il migliore adattamento possibile alla vita quotidiana.

DESTINATARI

- Famiglie con minori entro e non oltre il compimento del dodicesimo anno di età, con diagnosi di disturbo dello spettro autistico.
- Residenti nei Comuni compresi nel Territorio del Distretto Sociosanitario 5.4 (Comune Capofila Olevano Romano).

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 seguenti beneficiari:



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

- 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.

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E PROGETTO PERSONALIZZATO

Il Comune di residenza del richiedente, in collaborazione con l'Ufficio di Piano del distretto sociosanitario RM5.4, a conclusione dell'istruttoria di ricezione 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 e sociale, secondo la tabella sotto specificata.

L'Ufficio di Piano dispone quindi l'elenco degli aventi diritto alla misura di sostegno, entro i limiti del fondo assegnato dalla Regione Lazio.

CRITERIO SOCIALE	
I criteri di valutazione sono relativi ai componenti del nucleo familiare residente con il minore. All'interno di ogni categoria i punteggi non sono cumulabili.	
<u>Servizi attivi per il beneficiario: MAX 20 PUNTI</u> Da 0 a 10 ore settimanali (20 punti) Da 11 a 20 ore settimanali (10 punti) Da 21 ore settimanali in poi (0 punti)	20
<u>Presenza altri minori: MAX 10 PUNTI</u> sì (10 punti) no (0 punti)	10



REGIONE
LAZIO

COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

Componenti del nucleo familiare con riconoscimento di invalidità civile o L. 104/92: MAX 35 PUNTI	
Presenza di fratello/sorella con autismo (35 punti) Presenza di un altro minore con disabilità (25 punti) Presenza di genitore con disabilità (15 punti) Presenza di altro componente del nucleo familiare con disabilità (5 punti) Assenza (0 punti)	35
ISEE del nucleo familiare: MAX 35 PUNTI € 0,00 - € 8.000,00 (35 punti) € 8.000,01 - € 16.000,00 (20 punti) € 16.000,01 - € 24.000,00 (10 punti) € 24.000,01- oltre (0 punti)	35
TOTALE COMPLESSIVO	100

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;
- Copia della certificazione di diagnosi, rilasciata da struttura pubblica, che attesti la presenza di disturbo dello spettro autistico (ICD10 F84);
- ISEE ordinario del nucleo familiare del minore in corso di validità;
- Autocertificazione dello stato di famiglia – modello B allegato al presente avviso;
- 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 15/10/2020**.

Le famiglie ammesse al beneficio, entro la data del **31 gennaio 2021**, dovranno far pervenire al Comune di residenza la dichiarazione delle spese sostenute compilando il modello C allegato al presente avviso.

Per quant'altro si fa espresso rinvio al Regolamento Regionale n. 1 – 15/01/2019 e ss.mm. ed alla Determinazione Dirigenziale Regionale n. G08741 – 23/07/2020.



REGIONE
LAZIO

COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

Il presente avviso e la relativa modulistica sono pubblicati sull'Albo Pretorio del Comune di Olevano Romano, sul sito istituzionale del Comune di Olevano Romano www.comune.olevanoromano.rm.it, nonché sui siti dei Comuni facenti parte del distretto sociosanitario RM5.4.

Olevano Romano, 15/09/2020

Il Responsabile del Procedimento
Coordinatrice dell'Ufficio di Piano Distretto RM 5.4
Dott.ssa Elisa Sterbini



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

INTERVENTI A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE
DEI MINORI FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ
CON DISTURBO NELLO SPETTRO AUTISTICO
RESIDENTI NEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM5.4
Estratto Avviso Pubblico

SI RENDE NOTO

Possono presentare istanza per la concessione di un sostegno economico, le famiglie con minori entro e non oltre il compimento del dodicesimo anno di età, con diagnosi di disturbo dello spettro autistico residenti nei Comuni compresi nel Territorio del Distretto Sociosanitario 5.4 (Comune Capofila Olevano Romano).

Possono beneficiare della presente misura di sostegno economico, le famiglie con minori in età evolutiva prescolare, fino e non oltre il compimento del dodicesimo anno di età, con diagnosi di disturbo dello spettro autistico, residenti nella Regione Lazio e nel distretto RM 5.4, che ne presentano formale richiesta agli uffici competenti del comune di Residenza, relativamente alle spese sostenute per fruire degli interventi erogati dai professionisti iscritti all'Albo Regionale dei Professionisti con competenza ed esperienza nell'ambito dei trattamenti dei disturbi dello spettro autistico, secondo quanto previsto dal Regolamento n. 1 del 15 gennaio 2019 e ss mm. e ii..

L'avviso pubblico integrale è pubblicato sul sito istituzionale del Comune di Olevano Romano, sui siti istituzionali dei comuni del distretto socio sanitario RM 5.4, e sul sito istituzionale della ASL RM 5 distretto di Subiaco.

La richiesta del sostegno economico dovrà essere redatta da un genitore /tutore su apposita modulo di domanda (Modello A), sarà reperibile sul sito istituzionale dell'Ente capofila - Comune di Olevano Romano, sul sito istituzionale della ASL RM 5 distretto di Subiaco, presso gli uffici URP del Comune di Olevano Romano o dei Comuni del Distretto; dovrà essere consegnata e protocollata presso gli uffici del comune di residenza, o inviata a mezzo PEC agli indirizzi del comune di residenza in oggetto **“SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE CON MINORI IN ETA' EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLE SPETTRO AUTISICO, ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n.1”**.

L'istanza per la concessione del sostegno economico cura, dovrà pervenire entro e non oltre le **ore 12.00 del giorno 15/10/2020 pena l'esclusione.**

Olevano Romano, 15/09/2020

Il Responsabile del Procedimento
Coordinatrice dell'Ufficio di Piano Distretto RM 5.4
Dott.ssa Elisa Sterbini



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILIA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

Modello "A"

Domanda di sostegno economico per famiglie

con minori fino al dodicesimo anno di età con disturbo nello spettro autistico

DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI
FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ CON DISTURBO NELLO SPETTRO AUTISTICO
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1)

Il/la Sottoscritto a.....

nato/ail.....

Residente a.....in via.....n.....

C.F.....

Tel.....cell.....e.mail.....

in qualità di genitore/tutore di.....

nato/a

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;

Ufficio di Piano – Distretto RM 5.4– Via del Municipio, 1 – 00035 Olevano Romano (Rm)

Tel.06/95600213-214 Fax 06/95600244

e.mail: distrettorm5.4@comune.olevanoromano.rm.it

Pec : distrettorm5.4@pec.comune.olevanoromano.rm.it



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILO DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

Si allega:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del minore;
- Copia della certificazione di diagnosi, rilasciata da struttura pubblica, che attesti la presenza di disturbo dello spettro autistico (ICD10 F84);
- ISEE ordinario del nucleo familiare del minore in corso di validità;
- Autocertificazione dello stato di famiglia;
- 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.

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidisciplinare 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,.....)

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

Ufficio di Piano – Distretto RM 5.4– Via del Municipio, 1 – 00035 Olevano Romano (Rm)
Tel.06/95600213-214 Fax 06/95600244
e.mail: distrettorm5.4@comune.olevanoromano.rm.it
Pec : distrettorm5.4@pec.comune.olevanoromano.rm.it



REGIONE
LAZIO

COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILIA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico n..... del..... emanato dal Comune/Ente capofila di distretto socio – sanitario.

Ufficio di Piano – Distretto RM 5.4– Via del Municipio, 1 – 00035 Olevano Romano (Rm)
Tel.06/95600213-214 Fax 06/95600244
e.mail: distrettorm5.4@comune.olevanoromano.rm.it
Pec : distrettorm5.4@pec.comune.olevanoromano.rm.it



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

Modello "C"

Dichiarazione delle spese sostenute

DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI
FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ CON DISTURBO 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 ain vian.

C.F.

Tel.Cell.

email:.....

in qualità di genitore/tutore di

nato/a il

residente a in vian.

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

Nominativo:.....

Ufficio di Piano – Distretto RM 5.4– Via del Municipio, 1 – 00035 Olevano Romano (Rm)

Tel.06/95600213-214 Fax 06/95600244

e.mail: distrettorm5.4@comune.olevanoromano.rm.it

Pec : distrettorm5.4@pec.comune.olevanoromano.rm.it



REGIONE
LAZIO

COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

Modello "C"

Dichiarazione delle spese sostenute

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 e ss.mm. e ii.;

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 € _____

2) di avere agli atti gli originali o copie conformi della documentazione di spesa sopra elencata, ai fini delle opportune richieste e controlli da parte dell'Ente;

Ufficio di Piano – Distretto RM 5.4– Via del Municipio, 1 – 00035 Olevano Romano (Rm)

Tel.06/95600213-214 Fax 06/95600244

e.mail: distrettorm5.4@comune.olevanoromano.rm.it

Pec : distrettorm5.4@pec.comune.olevanoromano.rm.it



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

Modello "C"

Dichiarazione delle spese sostenute

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto:

Istituto bancario																
Indirizzo										Città						
Agenzia n°																
Coordinate Bancarie (Codice IBAN)																

E' 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.

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 n. del emanato dal Comune/Ente capofila di distretto socio-sanitario.....

Ufficio di Piano – Distretto RM 5.4– Via del Municipio, 1 – 00035 Olevano Romano (Rm)
Tel.06/95600213-214 Fax 06/95600244
e.mail: distrettorm5.4@comune.olevanoromano.rm.it
Pec : distrettorm5.4@pec.comune.olevanoromano.rm.it