



REGIONE
LAZIO



Comune di MONTEROTONDO



Comune di MENTANA

COMUNE DI FONTE NUOVA



DISTRETTO SOCIOSANITARIO RM 5.1.

FONTE NUOVA - MENTANA - MONTEROTONDO

AVVISO PUBBLICO

INTERVENTI A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE DEI MINORI FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ NELLO SPETTRO AUTISTICO

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

Determinazione Dirigenziale Comune Capofila n.592 del 09/09/2020.

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 5.1: Comuni di Monterotondo, Mentana e Fonte Nuova.

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 € 5.000,00/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:

- Nuclei familiari con un numero di figli nello spettro autistico superiori a uno e con un ISEE pari o inferiore a € 8.000,00.

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 RM5.1, 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
<u>Componenti del nucleo familiare con riconoscimento di invalidità civile o L. 104/92: MAX 35 PUNTI</u> 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;
- 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 che verrà trasmesso ai beneficiari.

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.

PUBBLICITA' - TUTELA DELLA PRIVACY - PROCEDIMENTO

Il presente avviso e la relativa modulistica sono pubblicati sull'Albo Pretorio del Comune di Monterotondo, sul sito istituzionale del Comune di Monterotondo www.comune.monterotondo.rm.it, nonché sui siti dei Comuni facenti parte del distretto sociosanitario RM 5.1.

Ai sensi del Regolamento UE n.679/2016 e D.Lgs.n.196/2003 come aggiornato dal D.Lgs.n.101/2018, si informa che il Titolare dei dati rilasciati per la partecipazione a presente Avviso è il Comune di Monterotondo in qualità di capofila del Distretto RM 5.1 e il Responsabile del Trattamento è la Dr.ssa Francesca Moreschi. Il Responsabile del Procedimento è la Dr.ssa Francesca Moreschi.

Monterotondo, 15/09/2020

Il Coordinatore dell'Ufficio di Piano del Distretto Sociosanitario RM 5.1
Dott.ssa Francesca Moreschi

All'Ufficio Servizi Sociali del COMUNE DI _____

Modulo A)

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI FINO AL
DODICESIMO ANNO DI ETÀ NELLO SPETTRO AUTISTICO**

Il 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 per le spese sostenute per gli interventi di cui al Regolamento Reg.Lazio n.1/2019.

Allega:

- a) Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- b) Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario.

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art.10 del Regolamento Regionale n.1/2009, comunica di seguito i riferimenti del TSMREE che ha in carico il minore:

TSMREE (ASL, Distretto, _____)

Referente _____

Recapiti _____

Autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella domanda e negli allegati, ai sensi del D.Lgs.196/2003 mod.D.Lgs.101/2018 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.

Data _____

Firma
