



AVVISO PUBBLICO

PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE PER LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITÀ
VOLTE ALLA PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELLA QUALITÀ DI VITA DELLE
PERSONE NELLO SPETTRO AUTISTICO.
INTERVENTI DI ASSISTENZA SOCIOSANITARIA PREVISTI DALLE LINEE GUIDA SUL
TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO DELL'ISTITUTO
SUPERIORE DI SANITÀ.
(D.G.R. 289/2023)

Riferimenti Normativi:

Legge Regionale n. 11/2016
Legge 18 agosto 2015, n. 134
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
Deliberazione Giunta Regionale n. 289 – 15/06/2023
Deliberazione Giunta Regionale n. 119 – 05/03/2026
Determinazione Dirigenziale Regionale n. G12405 – 21/09/2023
Determinazione Dirigenziale Regionale n. G15897 – 27/11/2024
Determinazione Dirigenziale Regionale n. G09317 – 07/07/2026

OGGETTO DELL'AVVISO

Al fine di garantire l'inclusione sociale e il benessere delle persone nello spettro autistico il Distretto sociosanitario RM5.3 intende attivare la seguente progettualità.

Interventi di assistenza sociosanitaria previsti dalle linee guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico dell'Istituto Superiore di Sanità.

Gli interventi di cui sopra, 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 L.R. 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 riconosciuta, 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. 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



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE
ASL
ROMA 5



(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.

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 in rapporto all'assegnazione dell'apposito fondo da parte della Regione Lazio.

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Il seguente avviso pubblico si rivolge a tutti i residenti nei Comuni del distretto sociosanitario RM5.3 (Comune Capofila Tivoli) che alla data di presentazione dell'istanza posseggano i seguenti requisiti:

- Residenza nei Comuni compresi nel Territorio del distretto;
- Essere cittadino italiano oppure cittadino comunitario oppure cittadino di Stato non appartenente alla UE, in possesso di regolare permesso di soggiorno;
- Essere in possesso di una diagnosi specifica nello spettro autistico (nella quale sia riportato chiaramente il codice **ICD-10 F84.0**).
- Avere un'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). Per i minori che compiono 12 anni o 18 anni nel corso del 2026, la domanda può essere comunque presentata, ritenendo ammissibile all'intervento di cui al presente avviso il periodo di tempo in cui è soddisfatto il requisito d'età.

La sussistenza dei suddetti requisiti dovrà essere asserita mediante comprova documentale e dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000.

L'amministrazione comunale ricevente la domanda, procederà a verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi degli artt. 71 e 72 del medesimo DPR 445/2000.

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.

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 RM5.3, a conclusione dell'istruttoria amministrativa delle richieste, valuta l'ammissibilità delle domande e



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE
ASL
ROMA 5



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.

CRITERIO SOCIO ECONOMICO	
I criteri di valutazione sono relativi all'insieme dei componenti del nucleo familiare residente con il minore. All'interno di ogni sotto categoria i punteggi non sono cumulabili. Nel caso in cui siano presenti entrambi i requisiti che danno diritto alla priorità, non verranno calcolati i punteggi relativi alla presenza fratello/sorella con autismo e ISEE pari o inferiore ad € 8.000,00 presenti nelle altre categorie.	
<u>Presenza di entrambi i requisiti di priorità:</u> Presenza fratello/sorella con autismo e ISEE 0,00 - € 8.000,00 (70 punti)	70
<u>Servizi attivi per il beneficiario: MAX 7 PUNTI</u> Nessun servizio attivo (7 punti) Fino a 10 ore settimanali (4 punti) Da 11 a 20 ore settimanali (2 punti) Da 21 ore settimanali in poi (0 punti)	7
<u>Presenza altri minori MAX 3 PUNTI</u> sì (3 punti) no (0 punti)	3
<u>Componenti del nucleo familiare con riconoscimento di invalidità civile o L. 104/92:</u> <u>MAX 10 PUNTI</u> Presenza fratello/sorella con autismo (10 punti) Presenza di un altro minore o genitore con disabilità (8 punti) Presenza di altro componente del nucleo familiare con disabilità (5 punti) Assenza (0 punti)	10
<u>ISEE del nucleo familiare MAX 10 PUNTI</u> € 0,00 - € 8.000,00 (10 punti) € 8.000,01 - € 16.000,00 (7 punti) € 16.000,01 - € 24.000,00 (5 punti) € 24.000,01 - oltre (0 punti)	10



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE
ASL
ROMA 5



Il punteggio del criterio socio economico sarà sommato al punteggio del criterio sanitario (assegnato durante l'U.V.M._A), determinando un punteggio totale al quale corrisponderà la seguente suddivisione e assegnazione del beneficio:

Da 25 a 50 € 2.000,00

Da 51 a 75 € 3.000,00

Da 76 a 100 € 4.000,00

Da 101 in su € 5.000,00.

Nel caso in cui dovessero sussistere economie rispetto all'ammontare totale del fondo assegnato al distretto, ovvero nel caso in cui la suddivisione di cui sopra determini un superamento dello stesso, sarà operata una riparametrazione delle fasce di punteggio con i relativi importi, rispettivamente in aumento o in diminuzione.

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 NPJA (Allegato 1);
- 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.

Le domande dovranno pervenire entro le ore 12:00 del 16/10/2026.

Nel caso in cui, alla data di scadenza del presente avviso, la famiglia abbia richiesto la certificazione sanitaria di diagnosi di disturbo dello spettro autistico (Allegato 1) al NPJA del territorio di residenza, ma non l'abbia ancora ricevuta, è prevista la possibilità di applicazione del soccorso istruttorio, per la sola integrazione dell'Allegato 1, dietro presentazione della suddetta richiesta di certificazione avanzata al NPJA in tempo utile, entro n. 10 (dieci) giorni oltre la sopra indicata data di scadenza.

Si precisa che l'Elenco dei professionisti, di cui all'art. 3 del Regolamento in oggetto, è pubblicato e consultabile sul sito istituzionale della Regione Lazio, anche per i relativi aggiornamenti, alla pagina di seguito indicata: <https://www.regione.lazio.it/cittadini/sociale-famiglie/disturbi-spettro-autistico>



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE
ASL
ROMA 5



Le famiglie ammesse al beneficio, entro la data del **31 gennaio 2027**, dovranno far pervenire al Comune di residenza la dichiarazione delle spese sostenute compilando il modello C che verrà consegnato successivamente. A tale modello 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. ed alle Determinazioni Dirigenziali Regionali di cui ai riferimenti normativi sopra esposti.

Il presente avviso e la relativa modulistica sono pubblicati sull'Albo Pretorio del Comune di Tivoli, sul sito istituzionale del Comune, nonché sui siti dei Comuni facenti parte del distretto sociosanitario RM5.3.

Tivoli, 14/09/2026

*Il Dirigente del IV Settore – Welfare del Comune di Tivoli
Capofila del Distretto Sociosanitario RM 5.3
Avv. Maria Teresa Desideri*

REGIONE
LAZIOSISTEMA SANITARIO
REGIONALEASL
ROMA 5

**ESTRATTO AVVISO PUBBLICO
PER LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITÀ VOLTE ALLA PROMOZIONE DEL
BENESSERE E DELLA QUALITÀ DI VITA DELLE PERSONE NELLO SPETTRO
AUTISTICO (D.G.R. 289/2023). INTERVENTI DI ASSISTENZA SOCIOSANITARIA
PREVISTI DALLE LINEE GUIDA SUL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELLO
SPETTRO AUTISTICO DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ.**

DESTINATARI

Famiglie residenti nei Comuni compresi nel Territorio del Distretto Socio-sanitario 5.3 (Capofila Tivoli) con minori entro un'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). Per i minori che compiono 12 anni o 18 anni nel corso del 2026, la domanda può essere comunque presentata, ritenendo ammissibile all'intervento di cui al presente avviso il periodo di tempo in cui è soddisfatto il requisito d'età.

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 assume la forma di contributo alla spesa sostenuta dalla famiglia, ed è concesso secondo criteri delineati dal Regolamento Regionale. L'importo del contributo potrebbe variare in funzione del numero di istanze ammesse e delle risorse e dei servizi già attivi a favore della persona o attivabili nella rete socio-sanitaria e in considerazione delle caratteristiche socio economiche del nucleo familiare che presenta la richiesta. Si precisa che l'Elenco dei professionisti è pubblicato e consultabile sul sito istituzionale della Regione Lazio, anche per i relativi aggiornamenti, alla pagina di seguito indicata:

<https://www.regione.lazio.it/cittadini/sociale-famiglie/disturbi-spettro-autistico>

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 all'Avviso Pubblico (Modello A). 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 NPIA (Allegato 1);
- 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.

Le domande dovranno pervenire entro le **ore 12:00 del 16/10/2026**.

Nel caso in cui, alla data di scadenza del presente avviso, la famiglia abbia richiesto la certificazione sanitaria di diagnosi di disturbo dello spettro autistico (Allegato 1) al NPIA del territorio di residenza, ma non l'abbia ancora ricevuta, è prevista la possibilità di applicazione del soccorso istruttorio, per la sola integrazione dell'Allegato 1, dietro presentazione della suddetta richiesta di certificazione avanzata al NPIA in tempo utile, entro n. 10 (dieci) giorni oltre la sopra indicata data di scadenza.

Il presente estratto, l'avviso integrale e la relativa modulistica sono pubblicati sull'Albo Pretorio del Comune di Tivoli, sul sito istituzionale del Comune di Tivoli www.comune.tivoli.rm.it, nonché sui siti dei Comuni del distretto RM5.3.

Tivoli, 14/09/2026

*Il Dirigente del IV Settore – Welfare del Comune di Tivoli
Capofila del Distretto Socio-sanitario RM 5.3
Avv. Maria Teresa Desideri*

**Dipartimento Integrato di Salute Mentale,
Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
e delle Dipendenze Patologiche**

Direttore Dr. Giuseppe Nicolò

U.O.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Direttore UOC NPIA ff Dr.ssa Licia Ponticello

**CERTIFICAZIONE SANITARIA PER L'ACCESSO AL SOSTEGNO ECONOMICO
IN FAVORE DEI MINORI CON DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO
(ICD10 F84.0)**

Si certifica che il minore:

NOME:

COGNOME:

LUOGO E DATA DI NASCITA:

CODICE FISCALE:

RESIDENTE (COMUNE E INDIRIZZO)

DISTRETTO SOCIO SANITARIO:

- ☐ **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 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	- I bambini 0 - 3 anni con Disturbo del Neurosviluppo associato a atipie nelle principali acquisizioni neuro-psicomotorie e comunicativo-linguistiche (ICD10 F84.9) - L'età 3 – 6 anni - La presenza di problematiche comportamentali	
----------------------	---	--

Intervento Necessario (finestra evolutiva) Punti 100	< 6 anni	
--	---	--

Condizioni di Priorità						
Fasce di età		0- 2,11 mesi	3- 5,11 mesi	6- 10 Anni	>10 anni	
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	

Totale Punteggio di Gravità

Data,

Per l'équipe NPIA

Firma NPI



Modello A

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

CHIEDE

- l'erogazione di un contributo regionale per le spese sostenute per gli interventi di cui al Regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.;

Si allega 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 NPIA (Allegato 1);
- 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.

Nel caso in cui, alla data di scadenza del presente avviso, la famiglia abbia richiesto la certificazione sanitaria di diagnosi di disturbo dello spettro autistico (Allegato 1) al NPIA del territorio di residenza, ma non l'abbia ancora ricevuta, è prevista la possibilità di applicazione del soccorso istruttorio, per la sola



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE
ASL
ROMA 5



integrazione dell'Allegato 1, dietro presentazione della suddetta richiesta di certificazione avanzata al NPIA in tempo utile, entro n. 10 (dieci) giorni oltre la sopra indicata data di scadenza.

Si precisa che l'Elenco dei professionisti, di cui all'art. 3 del Regolamento in oggetto, è pubblicato e consultabile sul sito istituzionale della Regione Lazio, anche per i relativi aggiornamenti, alla pagina di seguito indicata: <https://www.regione.lazio.it/cittadini/sociale-famiglie/disturbi-spettro-autistico>

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 10 del Regolamento Regionale n.1/2019 e ss.mm.ii., comunico di seguito i riferimenti del servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva che ha in carico il minore:

NPIA – ASL - Distretto.....

Referente.....

Recapiti.....

INFORMATIVA PRIVACY (art. 13 e 14 del G.D.P.R. 679/2016 – D. Lgs. 196/03 e ss.mm.)

I presenti dati personali sono raccolti al fine di poter assolvere ad adempimenti previsti da leggi nello svolgimento delle funzioni istituzionali per le finalità connesse alla gestione dell'istanza di cui in oggetto. I dati personali sono acquisiti prioritariamente dal Comune di residenza e/o da altri soggetti pubblici e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. Non è necessario il consenso al trattamento in quanto i dati sono trattati per un obbligo legale nell'esercizio di pubblici poteri dell'Ente. Il Titolare del trattamento è il Comune di ricezione della presente, avvalendosi anche di responsabili esterni e/o incaricati espressamente individuati. I dati possono essere comunicati nell'ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi, nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati ai procedimenti sanzionatori e di contenzioso, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti. L'informativa completa è acquisibile presso i rispettivi uffici comunali. L'interessato può esercitare i diritti come previsti dall'art. 12 del G.D.P.R. 679/2016.

Luogo e Data _____

Firma

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico approvato con D.D. n. 2670 del 03/09/2026 emanato dal Comune di Tivoli in qualità di capofila del distretto sociosanitario RM5.3.