

Prot. n° 1014 del 31/05/23

AVVISO PUBBLICO

Domanda di contributo **anno 2023** per "Interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista d'attesa per trapianto di organi solidi o di midollo" (DGR 586/2020 e s.m.i. – DGR 456/2021).

La Regione Lazio intende sostenere i cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e pazienti in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo tramite un contributo economico concesso agli stessi attraverso le Aziende Sanitarie Locali.

I destinatari del presente avviso sono:

- 1) pazienti affetti da patologie oncologiche che necessitano di trattamenti medici, clinici, di laboratorio, chirurgici e radioterapici presso strutture sanitarie regionali, le cui patologie sono certificate dai responsabili dei centri di riferimento oncologici o di strutture a valenza regionale o da altro dirigente sanitario da essi delegato;
- 2) pazienti in lista d'attesa per trapianto di organi solidi o di midollo che si sottopongano a tipizzazioni tissutali, a trapianti, a controlli periodici ed a interventi e ricoveri conseguenti ad eventuali complicanze;

La domanda di contributo va presentata, dal diretto interessato o da convivente o parente affine fino al terzo grado, al Distretto Sanitario di Colleferro - Ufficio PUA nei seguenti giorni ed orari:

lunedì - mercoledì - venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00;

Giovedì dalle ore 14.30 alle ore 16.00

corredata dalla documentazione di seguito descritta:

Persone affette da patologie oncologiche:

- documentazione attestante la residenza nella Regione Lazio;
- esenzione per patologia oncologica cod. 048;
- dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPCM 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato.

Persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo:

- documentazione attestante la residenza nella Regione Lazio;
- certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b);
- dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPCM 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda

non venga presentata direttamente dall'interessato.

Come stabilito dalla D.G.R. 586/20 di approvazione delle "Nuove modalità attuative dell'art. 4, commi 47-52 della Legge Regionale n. 13/2018", sia le persone affette da patologie oncologiche sia quelle in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo dovranno inoltre produrre idonea documentazione attestante almeno una delle seguenti condizioni:

- di trovarsi in una condizione di svantaggio economico; a tal fine dovrà essere presentata attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore ad € 15.000,00, calcolato secondo quanto disposto dall'art. 6 del DPCM 159/13 e smi. Tuttavia, per coloro che non abbiano ottenuto il riconoscimento formale del grado di disabilità- non autosufficienza da parte delle autorità competenti (all. 3 al DPCM 159/2013), sarà possibile utilizzare l'ISEE ordinario, conformemente alle indicazioni fornite dal Ministero del Lavoro e delle politiche sociali/INPS nel documento "ISEE Indicatore della situazione economica equivalente – Le risposte alle domande più frequenti" (FAQ n. V-27 del 26/01/2016);
- di aver perso il proprio posto di lavoro. Tale condizione potrà essere dimostrata anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi, purché questo presenti un valore inferiore ad € 15.000,01;
- di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal CCNL e di aver dovuto ricorrere ad un periodo di aspettativa non retribuita. Tale condizione potrà essere dimostrata anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi, purché questo presenti un valore ad € 15.000,01.

Tutti i destinatari del contributo dovranno produrre attestazione dell'indicatore ISEE con valore non superiore a € 15.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/13 e smi.

Per coloro che non abbiano ottenuto il riconoscimento formale del grado di disabilità-non autosufficienza da parte delle autorità competenti (Allegato 3 al DPCM 159/2013), sarà possibile utilizzare l'ISEE ordinario, conformemente alle indicazioni fornite dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali/Inps nel documento "ISEE Indicatore della Situazione Economica Equivalente - Le risposte alle domande più frequenti" (FAQ n. V-27 del 26/01/2016).

Il PUA presso cui andrà presentata la domanda provvederà all'istituzione di un apposito nucleo valutativo incaricato di procedere all'istruttoria delle domande pervenute e alla relativa valutazione sulla base delle indicazioni generali fornite dall'allegato A della D.G.R. 586 del 06/08/2020.

Il nucleo valutativo stabilirà altresì, l'eventuale ulteriore documentazione che dovrà essere prodotta dai beneficiari per attestare una delle suindicate condizioni previste dal comma 49, dell'art. 4 della L.R. n. 13/2018.

Il nucleo valutativo provvederà a redigere l'elenco degli utenti ammessi al contributo e l'elenco dei non ammessi con relativa motivazione.

Le risultanze verranno inviate alla Direzione Generale Aziendale che provvederà a trasmettere gli elenchi degli ammessi al contributo alla Direzione Regionale per l'Inclusione Sociale, per la presa d'atto dei dati, e l'assegnazione dei finanziamenti finalizzati all'erogazione dei contributi alle ASL per la liquidazione agli aventi diritto.

L'importo massimo del contributo da erogare a ciascun beneficiario non potrà superare l'importo annuale di € 2.000,00.

Cause di esclusione e di decadenza del contributo:

Sono esclusi dal contributo le persone non in possesso dei requisiti previsti dal presente atto. Costituiscono cause di decadenza dal beneficio le condizioni sotto indicate se intervenute in data compresa tra la presentazione della domanda e l'approvazione dell'elenco dei beneficiari da parte del nucleo valutativo:

- il decesso del beneficiario;
- la perdita dei requisiti di accesso;
- ricovero continuativo in hospice o altra tipologia di struttura residenziale a totale carico del SSR, o in strutture residenziali sociosanitarie.

Il termine di scadenza per la presentazione delle istanze è il 31/07/2023.

Per tutto quanto non espressamente indicato nel presente avviso si fa riferimento alla normativa vigente in materia.

Il Direttore
UOC Distretto Sanitario di Colferro
Dott.ssa Uliana Bianchi





INFORMATIVA PER L'UTENTE AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONFERITI PER LA DOMANDA DI CONTRIBUTO PER INTERVENTI A SOSTEGNO DEI CITTADINI RESIDENTI NEL LAZIO AFFETTI DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E IN LISTA D'ATTESA PER TRAPIANTO DI ORGANI SOLIDI O DI MIDOLLO (DGR N. 586/2020 – DGR 456/2021).

Gentile Sig.ra/Egregio Sig.re,

con la presente intendiamo informarla ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016, che i Suoi dati personali e particolari (in particolare, quelli idonei a rivelare il Suo stato di salute o, in breve, categorie particolari di dati - dati sanitari) rilasciati in tale circostanza saranno oggetto di trattamento da parte di questa Azienda Sanitaria Locale esclusivamente per le finalità connesse agli adempimenti richiesti dalla DGR 586/2020.

La base giuridica dei trattamenti di cui alla finalità principale è fondata:

- sull'assolvimento degli obblighi di legge per attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria di questa Azienda Sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale e del Servizio Sanitario Regione Lazio;
- sull'assolvimento degli obblighi contrattuali per l'erogazione dei servizi richiesti dagli utenti/pazienti.

Modalità del trattamento e tempi di conservazione dei dati

I dati raccolti vengono trattati, per le predette finalità, con mezzi cartacei e informatici idonei a garantirne una adeguata sicurezza e riservatezza. Gli stessi sono conservati per il tempo strettamente necessario all'assolvimento degli obblighi di legge.

Il conferimento dei dati richiesti, in ossequio alla finalità principale, deve considerarsi obbligatorio, con la conseguenza che un mancato conferimento renderebbe impossibile l'erogazione dei servizi sanitari previsti dalla normativa vigente e/o richiesti dall'utente/paziente.

Conoscenza, comunicazione, trasferimento dei dati

In ambito aziendale sono autorizzati ad effettuare operazioni di trattamento sui Suoi dati personali, secondo i principi di necessità, correttezza e liceità previsti dalla normativa sulla protezione dei dati personali, solo soggetti autorizzati al trattamento o responsabili interni del trattamento, in relazione al ruolo effettivamente ricoperto, tenuti al rispetto del segreto professionale o del segreto d'ufficio o impegnati, da vincolo contrattuale, all'obbligo di riservatezza ed appartenenti alle Unità operative dell'azienda ed alle strutture amministrative della stessa.

Dei dati personali degli utenti/pazienti possono venire a conoscenza anche soggetti esterni fornitori di beni e servizi e consulenti esterni che effettuano il trattamento dei dati personali in relazione al rapporto contrattuale intrattenuto con la scrivente Azienda Sanitaria e che sono pertanto nominati responsabili del trattamento.

Posto altresì che, per legge, non è consentita la diffusione di dati sanitari, la comunicazione di questi dati e/o di altri dati che riguardano gli utenti/pazienti può avvenire, se indispensabile per assolvere alle finalità istituzionali di questa Azienda Sanitaria o di altri soggetti che di seguito si dettagliano in via esemplificativa:

- a) soggetti pubblici o privati (convenzionati o accreditati) coinvolti nel percorso diagnostico – terapeutico;

- b. b) strutture organizzative della Regione Lazio e del Ministero della Salute per finalità di loro rispettiva competenza, sull'assistenza sanitaria);
- c. c) Azienda Sanitaria di residenza (se diversa da questa Azienda);
- d. d) servizi sociali dei Comuni per le attività connesse all'assistenza di soggetti bisognosi;
- e. e) forze dell'Ordine e Autorità Giudiziaria;
- f. f) soggetti qualificati ad intervenire in controversie/contenziosi in cui è parte l'Azienda (compagnie assicurative, consulenti legali, etc.);
- g. g) Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta/ Enti previdenziali e assistenziali (quando previsto dalla legge);
- h. h) soggetti terzi, che abbiano rapporti contrattuali o che operino per conto dell'Azienda in qualità di responsabili del trattamento;
- i. i) altri soggetti nei casi stabiliti dalla legge.

La scrivente Azienda Sanitaria non effettua trasferimento di dati personali all'estero.

Qualora ciò sia necessitato in relazione al fatto che un responsabile del trattamento, con cui questa Azienda Sanitaria intrattiene vincolo contrattuale per la fornitura di un bene o di un servizio, questa Azienda Sanitaria potrebbe autorizzare il trasferimento all'estero di dati sanitari qualora il paese estero in cui i dati siano trasferiti sia da considerarsi adeguato in relazione alle decisioni adottate dalla Commissione Europea e, pertanto, garantisca gli stessi o analoghi diritti che la normativa europea sulla protezione dei dati personali garantisce agli interessati in ambito europeo.

Laddove, invece, il trasferimento dei dati personali riguardi un paese estero per cui non sussista una decisione di adeguatezza della Commissione Europea, il trasferimento potrà avvenire solo previo Suo espresso e specifico consenso e con il presidio di adeguate salvaguardie e misure di sicurezza.

In ogni caso, il trasferimento dei dati personali non riguarderebbe i dati identificativi o codici che consentirebbero di identificare gli utenti/pazienti che rimangono, comunque, in possesso di questa Azienda Sanitaria.

Titolare del trattamento

Il titolare è l'Azienda Sanitaria Locale Roma 5, con sede in Via Acquaregna nn.1/15 00019 Tivoli (Roma) Italia (pec: protocollo@pec.aslromag.it)

RPD

Il Responsabile della protezione dei dati (RPD) per la ASL ROMA 5 è la società Scudo Privacy s.r.l. il cui referente individuato per l'Ente è il Dott. Carlo Villanacci.

Diritti dell'interessato

La normativa europea sulla protezione dei dati personali (Regolamento 2016/679) riserva (artt. 15-23), in qualità di interessato, una serie di diritti che possono essere esercitati, in ogni momento, con richiesta rivolta al Titolare del trattamento o al Responsabile per la protezione dei dati personali.

Ai sensi degli articoli 15-22 del Regolamento europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR) si comunica che l'interessato ha il diritto di chiedere in qualsiasi momento:

- l'accesso ai suoi dati personali, (e/o una copia di tali dati personali), nonché ulteriori informazioni sui trattamenti in corso su di essi;

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679)**

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità dichiaro

Io sottoscritto (nome e cognome del richiedente)

.....

nato/a a il / / codice fiscale

residente a (Comune, Prov)

via

Io sottoscritto in qualità di ☐ Tutore

☐ Esercente la responsabilità genitoriale

☐ Amministratore di sostegno

☐ Altro

☐ Persona che può firmare per impedimento temporaneo della richiedente a sottoscrivere (specificare il grado di parentela)

(nome e cognome)

.....

nato/a a il / / codice fiscale

residente a (Comune, Prov)

via

Ricevuta l'informativa di cui agli Artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, e consapevole che:

1. il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali e sensibili;
2. il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte;
3. per la modifica o l'oscuramento di cui sopra potrò rivolgermi al Titolare del trattamento o al Responsabile per la protezione dei dati personali dell'Azienda.

Dichiaro di aver compreso il contenuto dell'informativa e manifesto liberamente e consapevolmente la mia volontà al trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'Azienda, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI CONFERITI PER LA DOMANDA DI CONTRIBUTO PER INTERVENTI A SOSTEGNO DEI CITTADINI RESIDENTI NEL LAZIO AFFETTI DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E IN LISTA D'ATTESA PER TRAPIANTO DI ORGANI SOLIDI O DI MIDOLLO (DGR N. 586/2020).

☐ PRESTO IL CONSENSO

☐ NON PRESTO IL CONSENSO

Tivoli,/...../.....

Firma estesa e leggibile



- la rettifica o l'aggiornamento dei suoi dati personali trattati, laddove fossero incompleti o non aggiornati;
- la cancellazione dei dati personali raccolti, laddove ritenesse il trattamento non necessario o illegittimo;
- la limitazione del trattamento dei suoi dati personali, laddove ritenesse che gli stessi non siano corretti, necessari o siano illegittimamente trattati, o laddove si fosse opposto al loro trattamento;
- di esercitare il suo diritto alla portabilità dei dati, ossia di ottenere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico una copia dei dati personali forniti e che lo riguardano, o di richiederne la trasmissione ad un altro Titolare, laddove tecnicamente fattibile;
- di opporsi al trattamento dei suoi dati personali.

In caso di lesione dei propri diritti in materia di riservatezza e tutela dei dati personali è in ogni caso possibile per l'interessato proporre reclamo all'Autorità Garante dei dati personali con sede in Piazza di Monte Citorio n.121, 00186 Roma.



Domanda di contributo anno 2023 per "Interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista d'attesa per trapianto di organi solidi o di midollo" (DGR 586/20 – DGR 456/2021).

AL DISTRETTO SANITARIO DI COLLEFERRO
UFFICIO PUA
ASL ROMA5

Il richiedente (o assistito per il quale si avanza richiesta)

Sig./ra _____
Nato/a a _____ prov. _____ il _____
Residente in via _____ n° _____
Città _____ cap _____ Provincia _____
Codice Fiscale _____
Recapiti telefonici (fisso-mobile) _____
Indirizzo email _____

Medico di Medicina Generale

Nome _____ Cognome _____
Recapito _____

Specialista del SSN

Nome _____ Cognome _____
Recapito _____

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere – art. 4, D.P.R. 445/2000, compilare anche i seguenti campi:

Sig./ra _____
Nata a _____ pr. _____ il _____
Residente in via _____ n° _____
Città _____ cap. _____ Provincia _____
Recapiti telefonici (cellulare/fisso/altro) _____
Codice Fiscale _____

In qualità di:

- Rappresentante legale del richiedente:

☐ Tutore _____
☐ Procuratore _____
☐ Altro _____

- Persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare il grado di parentela) _____

Per conto del richiedente

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n°305/19 così come modificata dalla Delibera di Giunta Regionale n. 586/2020 ed a tal fine allega:



- ☐ Fotocopia tessera sanitaria;
- ☐ Certificazione rilasciata da responsabili del centro di riferimento oncologico o di struttura a valenza regionale o da altro dirigente sanitario da essi delegato;
- ☐ Certificazione emessa da uno dei centri di riferimento nazionali di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b);
- ☐ Esenzione per patologia oncologica cod. 048;
- ☐ Autocertificazione di residenza;
- ☐ Dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPCM 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dal paziente.

Il richiedente/rappresentante legale/persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente, consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazione mendace ai sensi art. 76 DPR 445/2000 e smi,

DICHIARA

(Indicare la condizione presente)

- ☐ Di trovarsi in condizione di forte svantaggio economico (allegata attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 15.000,01);
- ☐ Di avere perso il proprio posto di lavoro (allegata relativa documentazione);
- ☐ Di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) e di aver dovuto ricorrere al periodo di aspettativa non retribuita (allegata idonea documentazione).

Il richiedente chiede che il contributo venga liquidato secondo la modalità prescelta (barrare la modalità prescelta):

- Versamento sul proprio conto corrente bancario _____
- Versamento sul proprio conto corrente postale _____

In caso di richiesta di accredito in c/c si chiede certificazione della Banca attestante il codice IBAN

Data _____

L'OPERATORE DEL PUA

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

FIRMA

(FIRMA LEGGIBILE)