



Scadenza 31.07.2021

**Avviso pubblico per l'accesso agli interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo.**

In esecuzione della Deliberazione di Giunta Regionale del 6 agosto 2020 n. 586, avente per oggetto "Revoca parziale della deliberazione di Giunta regionale n. 305/2019 - Approvazione delle Nuove modalità attuative dell'art.4, commi 47 - 52 della legge regionale n. 13/2018 - Interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo - la Regione Lazio mantiene istituito il Fondo per l'erogazione di un contributo economico concesso tramite le Aziende Sanitarie Locali (ASL).

**Destinatari:**

- a) 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;
- b) pazienti in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo, che si sottopongono a tipizzazioni tissutali, a trapianti, a controlli periodici ed a interventi e ricoveri conseguenti ad eventuali complicanze.

**Documentazione da allegare alla domanda**

Le domande compilate su apposito modulo, allegato al presente bando, dovranno essere corredate della sottoelencata documentazione:

**a) Per le persone affette da patologie oncologiche:**

- documentazione attestante la residenza nel Comune di Fiumicino e nei Municipi X- XI e XII di Roma Capitale;
- fotocopia documento d'identità in corso di validità;
- esenzione per patologia oncologica cod. 48
- dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPCM n. 445/2000e 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.



**b) Per le persone in lista d'attesa per trapianto di organi solidi o di midollo:**

- la documentazione attestante la residenza nel Comune di Fiumicino e nei Municipi X-XI e XII di Roma Capitale;
- fotocopia documento d'identità in corso di validità;
- la 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 articoli 46 e 47 del DPCM n. 445/2000e 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.

Sia per le persone affette da patologie oncologiche sia quelle in lista d'attesa per trapianto di organi solidi o di midollo dovranno produrre attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a 15.000,00, calcolato secondo quanto stabilito dal DPCM 159/2013 e smi.

Per i cittadini 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.

Per coloro che hanno perso il lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro potranno produrre idonea documentazione attestante una delle sopraelencate condizioni anche attraverso l'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi a condizione che lo stesso abbia un valore inferiore a 15.00,01.

**Modalità per la presentazione della domanda**

Le domande dovranno essere presentate, **ENTRO LE ORE 12.00 DEL 31 LUGLIO 2021**, a mano presso il Punto Unico di Accesso (PUA) del Distretto di appartenenza o tramite PEC.

- **Comune di Fiumicino** Via degli Orti,10 – dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle 12,30 – martedì e giovedì dalle ore 14,30 alle ore 16,30, PEC: pua.fiumicino@pec.aslroma3.it;
- **Municipio X Lungomare P. Toscanelli, 230** – Casa della Salute – lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,00 – lunedì e mercoledì dalle ore 14,30 alle ore 16,30, PEC: pua.distretto10@pec.aslroma3.it;
- **Municipio XI Via Giovanni Volpato, 18** – martedì, giovedì e venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,00 – martedì e giovedì dalle ore 14,00 alle ore 16,00, PEC: pua.d11@pec.aslroma3.it;
- **Municipio XII Via Bernardino Ramazzini, 31 P.T. stanza 40** – dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 10,00 – lunedì dalle ore 14,00 alle ore 16,00, PEC: pua.d4@pec.aslroma3.it;



### Modalità di erogazione contributo

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 3, a conclusione dell'istruttoria valutativa delle istanze pervenute al fine di verificare i requisiti di ammissibilità, trasmetterà alla Regione Lazio, Direzione per l'Inclusione Sociale, entro il 31 ottobre, l'elenco degli aventi diritto al contributo, nel rispetto di quanto disposto dalla normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali.

La Direzione Regionale per l'Inclusione Sociale entro i termini previsti, provvederà a ripartire l'importo complessivo disponibile in misura proporzionale al numero di domande pervenute, quantificando in tal modo il contributo pro-capite spettante. 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

Costituiscono cause di decadenza dal beneficio le condizioni intervenute tra la presentazione della domanda e l'erogazione del contributo:

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

### Modalità di diffusione del Bando

Il presente avviso pubblico, ai fini della massima diffusione, è fatta pubblicazione sul sito internet ASL Roma 3 e contestuale affissione presso i Presidi distrettuali.

### Allegati

n.2

facsimile domanda di partecipazione al bando;  
modello di consenso alla *privacy*

*Il Direttore Generale*

*Dr.ssa Marta Branca*

*Il Direttore Sanitario*

*Dr.ssa Daniela Sgroi*



*facsimile*

**DOMANDA DI ACCESSO INTERVENTI A SOSTEGNO DEI CITTADINI AFFETTI DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE  
E/O IN LISTA DI ATTESA PER PRAPIANTO DI ORGANI SOLIDI O DI MIDOLLO.**

*DGR n. 586 del 06 agosto 2020 - Attuazione art. 4, commi 47-52 della legge n. 13/2018*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 Residente nel Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 In Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_  
 Mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Chiede l'erogazione del contributo a sostegno dei cittadini affetti da patologie oncologiche  
e/o in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo**

Allega alla presente domanda:

- documentazione della residenza;
- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- esenzione per patologia oncologica cod. 48 (solo per persone affette da patologie oncologiche);
- certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale in cui si attestino le condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b, (solo per le persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo);
- attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 15.000,00;
- dichiarazione di aver perso il posto di lavoro (tale dichiarazione dimostrata attraverso l'ISEE corrente (art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi);
- di aver terminato il periodo di malattia riconosciuto dal contratto collettivo nazionale del lavoro (CCNL) e di aver dovuto ricorrere al periodo di aspettativa non retribuita.

*A tal fine:*

*-consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.*

*-informato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati al fine di consentire l'attività di valutazione per l'erogazione del contributo regionale; che i dati personali saranno comunicati alla Regione Lazio, Direzione per l'Inclusione Sociale, per la finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi.*

Data

Firma

[www.aslromad.it](http://www.aslromad.it)

Numero verde 800018972



## CONSENSO PRIVACY

Il/la Signore/a

-----  
*Cognome*

*Nome*

*(scrivere in stampatello)*

dichiara di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati degli utenti dei servizi sanitari e autorizza l'Azienda Sanitaria Roma 3 al trattamento dei suoi dati personali e sensibili, in particolare relativi al suo stato di salute, finalizzato alla fornitura delle prestazioni necessarie per la tutela della sua salute e per le altre finalità indicate nell'informativa ricevuta.

DATA

FIRMA\*

*\*(Firma dell'utente o del soggetto autorizzato al trattamento che raccoglie e attesta le dichiarazioni dell'utente. Il presente modulo può essere compilato e sottoscritto dall'utente o dal personale autorizzato che raccoglie le dichiarazioni orali dell'utente e che sottoscrive il modulo per attestazione).*