

Allegato n. 1

AVVISO PUBBLICO

CONTRIBUTI ALLE DONNE SOTTOPOSTE A TERAPIA ONCOLOGICA PER L'ACQUISTO DELLA PARRUCCA
In esecuzione del provvedimento N. 587 del 15.09.2020 indetto il presente Avviso Pubblico
con scadenza 31 ottobre 2020.

LA ASL FROSINONERENDE NOTO

che la Regione Lazio persegue la tutela della salute e del benessere delle persone, con particolare riferimento alle situazioni che possono incidere negativamente sull'equilibrio fisico e psichico di ciascun individuo.

Il presente documento disciplina le modalità attuative dell'art. 7, commi 77 - 81 della legge regionale n.28/2019 e si rivolge alle donne affette da alopecia a seguito di terapie oncologiche.

La perdita dei capelli, quale importante conseguenza collaterale delle terapie oncologiche, oltre a generare una sofferenza psicologica, comporta un costo - anche oneroso - per l'acquisto di una parrucca, non sempre sostenibile per la persona malata.

Le parrucche - quali ausili nelle fasi di recupero della qualità di vita - assumono un ruolo significativo nell'avvio del percorso di presa in carico della persona fragile, supportandole negli aspetti personali, interpersonali e relazionali.

A tal fine, la Regione Lazio ha stanziato € 300.000,00 destinati all'erogazione di un contributo destinato alle donne sottoposte a terapia oncologica per l'acquisto di una parrucca per l'esercizio finanziario 2020.

Destinatari

Possono accedere al contributo economico per l'acquisto delle parrucche tutte le donne, ovvero tutte le persone di sesso femminile di ogni età, residenti nel Lazio, affette da alopecia a seguito di terapia oncologica.

Modalità di presentazione delle domande

Per il conferimento del contributo regionale indicato nel presente avviso le Asl del Lazio emaneranno n. 3 avvisi pubblici durante il corso dell'anno solare con scadenza in data 28 febbraio, 30 giugno e 31 ottobre rivolti alle donne in possesso dei necessari requisiti che dovranno presentare formale richiesta di contributo.

Esclusivamente per l'anno 2020, sarà emanato un unico avviso con scadenza 31 ottobre 2020.

Potranno presentare domanda di contributo anche coloro che abbiano col destinatario del contributo rapporti di parentela o affinità, entro il terzo grado, o di convivenza.

Nella ASL di Frosinone le richieste di accesso al contributo, corredate della necessaria documentazione, andranno presentate presso i **Consultori Familiari** dei 4 Distretti Sanitari e precisamente presso le Sedi dei **Consultori Familiari** di: Anagni (Via Onorato Capo, 2), di Frosinone (Viale Mazzini snc), di Sora (Via Piemonte snc), e di Cassino (Via Casilina nord, ex ospedale Be Bosis);

- i **Consultori Familiari** periferici (Anagni, Sora e Cassino) trasmetteranno, successivamente, le richieste di accesso al contributo per l'istruttoria alla Sede della Uosd Consultori e Percorso Nascita (Frosinone) e farà fede la data di protocollazione (protocollo web Distrettuale) avvenuta al momento della consegna della richiesta;
- le attività saranno coordinate per le rispettive funzioni dalla dott.ssa Anna Maria Petitti, responsabile Uosd Consultori e Percorso Nascita, e dalla dott.ssa Nisia Lucchetti, dirigente Assistente Sociale di questa Asl;
- si provvederà all'istituzione di un apposito nucleo valutativo, incaricato di procedere all'istruttoria e alla relativa valutazione di tutte le domande prevenute, presso la Direzione del Dipartimento di Assistenza Primaria e Cure Intermedie

Le domande dovranno essere corredate della sottoelencata documentazione:

- dichiarazione, ai sensi dell'articolo 46 del DPR n. 445/2000 e s.m.i, attestante la residenza nella Regione Lazio;
- certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale o specialista del SSR che attesti la patologia oncologica e il conseguente trattamento causa dell'alopecia;
- scontrino fiscale o fattura o ricevuta relativa all'acquisto della parrucca nel corso dell'anno solare di presentazione della domanda;

– attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a € 25.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi.

– eventuale dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 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.

Si specifica che l'attestazione ISEE come sopra indicata dovrà essere calcolata secondo le disposizioni previste dall'art. 6 del DPCM 159/2013 e smi.

Tuttavia, 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".

La mancata osservanza delle modalità di presentazione costituirà causa di inammissibilità formale della domanda di partecipazione.

Assegnazione del contributo

A conclusione dell'istruttoria sul possesso dei requisiti di ammissibilità, l'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone trasmetterà alla Regione Lazio, Direzione regionale per l'Inclusione sociale (inclusionemfragilita@regione.lazio.legalmail.it), entro il termine perentorio del 30 novembre pv, l'elenco puntuale degli aventi diritto al contributo corredato dell'importo della spesa sostenuta da ciascuno, nel rispetto di quanto disposto dalla normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali.

I dati personali di cui l'Amministrazione Regionale verrà in possesso, in ragione della concessione dei contributi previsti dal presente atto, confluiranno in un archivio, di cui è titolare la Regione Lazio – Giunta Regionale, che si riserva di raccogliere, trattare, comunicare e diffondere in forma aggregata i dati forniti, nei limiti e secondo le disposizioni dettate dal D. Lgs. n. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché, dal Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (GDPR).

La Direzione regionale per l'Inclusione sociale, con proprio atto amministrativo, da assumere entro il 31 dicembre di ogni anno:

– prende atto dei dati trasmessi dalle Aziende Sanitarie Locali;

– procede all'assegnazione alle Aziende Sanitarie Locali dei finanziamenti necessari a soddisfare le richieste presentate dagli aventi diritto e all'impegno della spesa relativa, nei limiti delle disponibilità del bilancio regionale, e alla liquidazione degli importi stessi;

L'importo del contributo erogabile per ciascun beneficiario verrà quantificato ripartendo le risorse disponibili, tenendo conto del numero complessivo dei beneficiari ammessi al contributo.

L'importo del contributo erogabile per ciascuna beneficiaria è quantificato in euro 250,00, e comunque non potrà essere superiore al costo sostenuto per l'acquisto della parrucca.

Le risorse disponibili per ciascun avviso pubblico saranno quantificate in misura pari a un terzo dello stanziamento annuale.

I contributi verranno assegnati nei limiti delle risorse disponibili per ciascun avviso, secondo il criterio cronologico di protocollazione delle domande, riportate in un'unica graduatoria regionale, a prescindere dalla ASL di riferimento.

L'utente, per l'importo di spesa che resta a suo carico eccedente il contributo regionale erogato, potrà usufruire delle agevolazioni fiscali previste dal DPR 917/1986, nel rispetto di quanto disposto dalla DGR n. 568 del 9 ottobre 2018 "Detraibilità ai fini fiscali delle protesi tricologiche ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c), del TTUR. Indirizzi applicativi".

La determinazione di impegno di spesa a favore delle Aziende Sanitarie Locali sarà pubblicata sul sito web della Regione Lazio.

L'ASL di Frosinone, completato il piano delle assegnazioni, ne darà comunicazione ai beneficiari ed erogherà il contributo in un'unica soluzione agli stessi.

L'ASL di Frosinone potrà trasmettere, previo consenso degli interessati, i nominativi degli aventi diritto al contributo alla Banca della Parrucca al fine di rendere possibile, al termine dell'utilizzo della parrucca acquistata, l'eventuale donazione della stessa.

Per eventuali ulteriori informazioni è possibile contattare:

- dott.ssa Anna Maria Petitti, email: consfam.frosinone@aslfrosinone.it
- dott.ssa Nisia Lucchetti, email: nisia.lucchetti@aslfrosinone.it ...

Data di scadenza del presente avviso pubblico: 31 ottobre 2020

In allegato domanda di contributo.

Frosinone, lì

IL DIRETTORE GENERALE f.f.
Dott.ssa Patrizia Magrini



Al Consultorio Familiare e Percorso Nascita
del Distretto Sanitario di _____
(Anagni/ Frosinone/ Sora/Cassino)

Oggetto: domanda per l'accesso al contributo ai sensi della DGR 493 del 28 luglio 2020 "Contributi alle donne sottoposte a terapia oncologica per l'acquisto della parrucca".

Io sottoscritta/o

Nome e Cognome _____
Nata a _____ il _____
Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Residente a _____ CAP _____ Provincia _____
Via _____
Tel. _____ e-mail (facoltativo) _____

DICHIARO DI ESSERE

la diretta interessata

familiare (coniuge o figlio in assenza del coniuge o, in assenza di entrambi, altro parente fino al 3° grado di parentela) che firma per impedimento temporaneo a sottoscrivere (DPR 445/2000. Art 4)

Nome e Cognome _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ CAP _____ Provincia _____
Via _____
Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Grado di parentela (specificare) _____
Tel. _____ e-mail (facoltativo) _____

il genitore(con la potestà genitoriale)

della minore

Nome e Cognome _____
Nato/a il _____ a _____ Prov. _____
Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Il tutore **il curatore** **l'amministratore di sostegno**

Nome e Cognome _____
Nato/a il _____ a _____ Prov. _____
Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDO

di accedere al contributo di euro 250,00 (duecentocinquanta) per l'acquisto di una parrucca del costo di euro o al contributo di euro (se il costo di acquisto è inferiore a euro 250,00), ai sensi della DGR 493 del 28 luglio 2020.



ALLEGATO

DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA PAZIENTE BENEFICIARIA

- certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale o specialista del SSR che attesti la patologia oncologica e il conseguente trattamento causa dell'alopecia;
- scontrino fiscale o fattura o ricevuta relativa all'acquisto della parrucca nel corso dell'anno solare di presentazione della domanda;
- attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a €25.000,00 calcolato secondo quanto disposto dall' art. 6 del DPCM 159/2013 e smi.
- una copia della tessera sanitaria
- una copia di un documento di identità in corso di validità

EVENTUALE ALTRA DOCUMENTAZIONE

- una copia di un documento di identità in corso di validità della persona (ad es. genitore, tutore, familiare, ecc) che presenta la richiesta per conto della beneficiaria del contributo

INDICHO

la seguente modalità per il pagamento del contributo:

(indicare il conto corrente intestato o cointestato alla richiedente)

Intestatario/i _____

Codice IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Io sottoscritta/o presa visione delle informazioni e del trattamento dei dati personali (presente agli atti dell'ufficio e disponibili sulla pagina internet www.asl.fr.it/ufficio-privacy autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679 e del D. Lgs. n.196/2003 e dichiaro di dare il consenso affinché i propri dati vengano trattati per le finalità di cui alla DGR 493 del 28 luglio 2020.

DICHIARO

- di essere a conoscenza che, in caso di dichiarazioni mendacie/odi falsità in atti, sarò soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000.

Data _____

Firma (per esteso e leggibile)



SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL di FROSINONE
Esaminata la documentazione allegata si esprime parere:

- positivo
 negativo

per i seguenti motivi:

Somma da liquidare €. _____

Data _____

Firme del Nucleo Valutativo

~~2~~ -----
RICEVUTA DELL'AUSL DI FROSINONE

Ricevo la richiesta di contributo da parte del/la Sig./ra

nome _____ cognome _____

e

- copia documento del pagamento della parrucca (scontrino fiscale, fattura o ricevuta)
 Certificato che attesta la patologia neoplastica e l'intercorsa alopecia secondaria a trattamenti radioterapici o chemioterapici
 Copia della tessera sanitaria
 Copia del documento d'identità
 Copia del documento d'identità della persona che presenta la richiesta per conto della beneficiaria del contributo

Data _____ Firma e timbro dell'operatore Asl _____