

**DISTRETTO SANITARIO MONTEROTONDO**  
**VIA VULCANO N° 5 – 00015 MONTEROTONDO (RM)**  
**TEL. 06/90075920**  
**E-MAIL: distretto.monterotondo@aslroma5.it**

**DIREZIONE SANITARIA**Prot. n° **62**Monterotondo, **24 GEN. 2025****All:**

- AVVISO PUBBLICO
- DOMANDA CONTRIBUTO
- CONSENSO TRATTAMENTO DATI
- INFORMATIVA

Alla Resp. Ufficio di Piano di Zona Monterotondo  
 Dott.ssa Monica Fiori

Ai sigg.ri Sindaci dei Comuni di  
 Monterotondo  
 Mentana  
 Fonte Nuova

e p.c. Al Direttore Generale ASL Roma5  
 Al Direttore Sanitario Aziendale ASL Roma5  
 All' URP Aziendale  
 All' Ufficio Stampa ASL Roma5

**LORO SEDE****Oggetto: Trasmissione avviso pubblico – DM 31/08/2021**

In relazione all'oggetto, l'erogazione dei "Contributo al rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di sostituti del latte materno alle donne affette da condizioni patologiche che impediscono la pratica naturale dell'allattamento", si comunica che gli utenti rientranti nelle sopracitate categorie possono presentare domanda presso:

Il Distretto Sanitario di Monterotondo sito in via Vulcano n. 5 piano 1°, nel seguente orario:  
 Dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 13:00  
 per informazioni: 0690075976

**LE DOMANDE DEVONO ESSERE PRESENTATE ENTRO IL 31/12/2025**

Si prega di dare massima diffusione.

Il Direttore Distretto di Monterotondo  
 Dott. Federico Guerriero

**AVVISO PUBBLICO****CONTRIBUTO A RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO ALLE DONNE AFFETTE DA CONDIZIONI PATOLOGICHE CHE IMPEDISCONO LA PRATICA NATURALE DELL'ALLATTAMENTO (DM 31/08/2021)**

La Regione Lazio promuove, sostiene e difende l'allattamento materno; tuttavia esistono rare condizioni di salute della madre e del bambino che prevedono una controindicazione assoluta (temporanea o permanente) all'allattamento materno.

La Regione Lazio, dando seguito al DM 31 agosto 2021, con Determinazione n. G01251 del 02/02/2023 ha definito la procedura per il riconoscimento del contributo da parte della Aziende Sanitarie Locali per l'acquisto di sostituti del latte materno alle donne affette da condizioni patologiche che impediscono la pratica naturale dell'allattamento. La ASL Roma 5 con propria Deliberazione n. 001948 del 15/11/2022 ha approvato la procedura per il riconoscimento del contributo di cui sopra

Si precisa che sono escluse dal presente avviso, in forza delle previsioni del Decreto di cui sopra, le forniture di latte connesse a condizioni patologiche già diversamente normate ed in particolare quelle previste nel Decreto del Ministero della sanità 8 giugno 2001, recante <<Assistenza sanitaria integrativa relativa ai prodotti destinati ad una alimentazione particolare >> e quelle di cui all'art. 14 comma 2 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 recante << Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502>> che include nei LEA la fornitura a nati da madri sieropositive per HIV.

**DESTINATARI**

Possono accedere al contributo per l'acquisto del latte materno:

- le donne residenti nel Lazio, le straniere e le apolidi, le residenti, domiciliate o avente stabile dimora nel territorio regionale, nei limiti ed alle condizioni previste dalla vigente legislazione o da accordi internazionali, che sono affette da condizioni patologiche che impediscono la pratica naturale dell'allattamento, in caso di morte materna il contributo può essere richiesto dal padre o dal tutore del bambino.

**REQUISITI**

1. Presenza di una delle condizioni patologiche di cui al DM 31 agosto 2021

Indicazioni permanenti

- ✓ Infezione da HTLV1 e 2;
- ✓ Sindrome di Sheehan;
- ✓ Alattogenesi ereditaria;
- ✓ Ipotropia bilaterale della ghiandola mammaria (seno tubulare);
- ✓ Mastectomia bilaterale;
- ✓ Morte materna.

Indicazioni temporanee (da sottoporre a verifica mensile)

- ✓ Infezione da HCV con lesione sanguinante del capezzolo;
- ✓ Infezione da HSV con lesione erpetica sul seno o capezzolo;
- ✓ Infezione ricorrente da streptococco di gruppo B;
- ✓ Lesione luetica sul seno;
- ✓ Tuberculosis bacillifera non trattata;
- ✓ Mastite tubercolare;
- ✓ Infezione da virus varicella zoster;
- ✓ Esecuzione di scintigrafia;
- ✓ Assunzione di farmaci che controindicano in maniera assoluta l'allattamento;
- ✓ Assunzione di droghe (escluso il metadone);
- ✓ Alcolismo.

2. ISEE ordinario della madre richiedente non superiore ad €. 30.000,00 annui secondo le modalità indicate nel DPCM 05 dicembre 2013 n. 159.

**MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

La domanda di accesso al contributo va presentata dalla persona interessata, utilizzando l'apposito modulo reperibile presso il Distretto di Monterotondo o scaricabile dal sito [www.aslroma5.it](http://www.aslroma5.it).

La domanda di accesso al contributo, compilata, firmata e corredata dalla documentazione di seguito descritta:

- Certificazione dello specialista del SSN attestante le condizioni patologiche che impediscono l'allattamento \_ allegato 1 art.4 comma 1 DM 31.08.2021:
- Prescrizione mensile delle formule per lattanti dello specialista del SSN attestante le condizioni patologiche che impediscono in maniera assoluta temporanea l'allattamento e comunque non oltre il sesto mese di vita del bambino;
- Scontrini fiscali o fatture o ricevute relative all'acquisto delle formule per lattanti, erogati dalle farmacie convenzionate con il SSR della Regione Lazio;
- Attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a € **30.000,00**, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 smi, in corso di validità;
- Copia carta identità e tessera sanitaria del richiedente;
- Modulo consenso al trattamento dati.

va consegnata al Distretto Sanitario di Monterotondo via Vulcano 5 primo piano – 00015 – Monterotondo dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle 13,00.

**LA SCADENZA DEL PRESENTE BANDO E' IL 31 DICEMBRE 2025**

**ISTRUTTORIA DELLE DOMANDE E IMPORTO CONTRIBUTO**

I Distretti Sanitari sono deputati a ricevere e gestire le richieste di accesso al contributo, corredate della necessaria documentazione, attraverso le modalità definite dalle singole Aziende che verranno ritenute idonee e ad erogare il contributo.

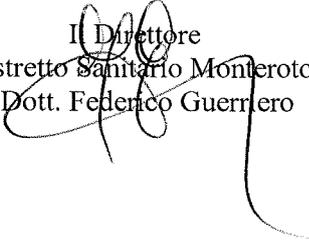
Le mamme dovranno rivolgersi al neonatologo o pediatra del Punto Nascita, per le condizioni identificate già in gravidanza o alla nascita, al Medico di medicina Generale, al Pediatra di Libera Scelta o allo Specialista, che mensilmente prescrive le formule per lattanti incluse nel registro nazionale di cui all'art. 7 , comma 1, del DM 8 giugno 2021, rivalutando a cadenza mensile le condizioni che controindicano l'allattamento in maniera assoluta (temporanea o permanente) al massimo per i primi sei mesi di vita del neonato.

La ASL sulla base della certificazione prodotta, dell'attestazione ISEE e della prescrizione medica, erogherà "il contributo a rimborso" sulla base del numero delle richieste pervenute nel rispetto del limite del finanziamento assegnato dalla Regione Lazio. Non sono previsti finanziamenti aggiuntivi a copertura delle eventuali richieste eccedenti le disponibilità accordate; pertanto l'importo massimo previsto pari a 400,00 euro annui per ogni neonato potrebbe essere soggetto a possibili abbattimenti proporzionali per garantire il rispetto del limite del finanziamento assegnato.

Il beneficio è riconosciuto secondo la formula del "contributo a rimborso" delle spese effettivamente sostenute.

Le domande saranno valutate secondo l'ordine cronologico di presentazione, ai sensi della nota regionale Registro Ufficiale U.0146777 del 08/02/2023.

Il Direttore  
Distretto Sanitario Monterotondo  
Dott. Federico Guerriero





**Domanda di contributo bando anno 2025 - "Contributo per l'acquisto di sostituti al latte materno (formule per lattanti) alle donne affette da condizioni patologiche che impediscono la pratica naturale dell'allattamento. DM 31 agosto 2021 .**

AL DISTRETTO SANITARIO  
MONTEROTONDO

**Il/la sottoscritto/a**

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

**DICHIARA**

- Di essere genitore di .....nato/a a ..... il .....  
Codice fiscale .....

**RICHIESTE**

ai sensi del DM 31/08/2021 e della Determinazione Regione Lazio n. G01251 del 02/02/2023, il contributo per l'acquisto di sostituti del latte materno (formule lattanti) per le donne affette da condizioni patologiche che impediscono la pratica naturale dell'allattamento

**ALLEGA ALLA PRESENTE:**

- Copia del documento d'identità;
- certificazione medica, attestante le condizioni patologiche che impediscono l'allattamento rilasciata:
  - dal pediatra o neonatologo del Punto Nascita, per le condizioni identificate già in gravidanza o alla nascita;
  - dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o dallo specialista del SSN per le condizioni che si verificano dopo la dimissione;
- scontrini fiscali o fatture o ricevute relative all'acquisto delle formule per lattanti **erogati dalle farmacie convenzionate con SSR della Regione Lazio;**
- attestazione dell'indicatore ISEE con valore non superiore a € 30.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi.;
- prescrizione medica dei sostituti del latte materno;
- certificazione mensile dello specialista del SSN in caso di sospensione temporanea;

## DICHIARA

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 \_\_\_\_\_

Banca o Ufficio Postale \_\_\_\_\_

Agenzia \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

L'OPERATORE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
(FIRMA LEGGIBILE)



INFORMATIVA PER L'UTENTE AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONFERITI PER LA DOMANDA DI CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO ALLE DONNE AFFETTE DA CONDIZIONI PATOLOGICHE CHE IMPEDISCONO LA PRATICA NATURALE DELL'ALLATTAMENTO (DM 31/08/2021)

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 761/2021.

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) strutture organizzative della Regione Lazio e del Ministero della Salute per finalità di loro rispettiva competenza, sull'assistenza sanitaria);

- 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.aslroma5.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;
- 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;



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 5

- 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.



**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
- Amministratore di sostegno
- Esercente la responsabilità genitoriale
- 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 L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO ALLE DONNE AFFETTE DA CONDIZIONI PATOLOGICHE CHE IMPEDISCONO LA PRATICA NATURALE DELL'ALLATTAMENTO (DM 31/08/2021)**

PRESTO IL CONSENSO

NON PRESTO IL CONSENSO

Tivoli, ...../...../..... Firma estesa e leggibile .....