

ASL BT

Avviso Pubblico anno 2025 per il contributo Social Freezing, preservazione della fertilità per fini sociali. Legge Regionale n. 42 del 31/12/2024, art. 40 “Norme in materia di preservazione della fertilità per fini sociali”.

La Regione Puglia, nell’ambito delle politiche di tutela dei diritti, costituzionalmente garantiti, alla genitorialità ed alla procreazione, nonché in risposta alla crescente esigenza di contrastare il calo demografico, ha disciplinato, con apposita normativa, le modalità di accesso alle tecniche di preservazione della fertilità per fini sociali (*social freezing*).

Il *social freezing*, ovvero la crioconservazione degli ovociti a scopo precauzionale, rappresenta una risorsa importante per le donne che intendono programmare una gravidanza in età più avanzata, offrendo maggiori possibilità di successo qualora, con il passare del tempo, insorgano difficoltà di concepimento dovute alla fisiologica riduzione della fertilità.

Il Presente Avviso è redatto in esecuzione della L.R. n. 42 del 31/12/2024 e della D.D. n. 352 del 17/03/2025 con la quale la Regione Puglia ha assegnato alle AA.SS.LL. la dotazione finanziaria per il riconoscimento di un contributo economico per la tecnica di preservazione della fertilità c.d. “**Social Freezing**”.

Il contributo può essere concesso ed erogato una sola volta ed ha un valore massimo di €uro 3.000,00. Il contributo sarà erogato sulla base delle spese effettivamente sostenute e documentate per la crioconservazione degli ovociti, con esclusione delle spese che verranno meglio dettagliate di seguito. Per le finalità del presente Avviso, la Regione Puglia ha stanziato una dotazione finanziaria annuale, nell’ambito del bilancio regionale, per gli esercizi finanziari 2025, 2026 e 2027.

Ai fini del riconoscimento del contributo, la procedura medica dovrà essere eseguita presso i centri di Procreazione Medicalmente Assistita pubblici e privati, purché autorizzati dal Ministero della Sanità ed inseriti nel registro nazionale PMA su tutto il territorio nazionale.

Le fonti di riferimento sono costituite da:

- Legge Regionale n. 42 del 31/12/2024: “Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2025 e bilancio pluriennale 2025–2027 della Regione Puglia” (ricercabile al link: <https://burp.regione.puglia.it/en/documenti>)
- Atto Dirigenziale n° 352 del 17/03/2025 del Dipartimento Welfare, Sezione Benessere Sociale, Innovazione e Sussidiarietà: “Legge Regionale n. 42 del 31/12/2024, art. 40 – Norme in materia di preservazione della fertilità per fini sociali. Riparto risorse e impegno di spesa in favore delle aziende Sanitarie Locali pugliesi”;
- Delibera del Commissario Straordinario ASL BT n° 327 del 22/05/2025 (ricercabile al link: _____)

1. Requisiti di ammissibilità

Possono presentare domanda di accesso al contributo le donne che, alla data di presentazione della stessa, siano in possesso dei seguenti requisiti:

- a) **Residenza:** residenza ininterrotta nella Regione Puglia da almeno 12 mesi alla data di presentazione della domanda;
- b) **Età anagrafica:** età compresa tra i 27 e i 37 anni alla data di presentazione della domanda;
- c) **Situazione economica:** attestazione ISEE ordinario in corso di validità, da allegare al modulo di

domanda, che riporti un valore pari o inferiore a € 30.000;

Ai fini del presente avviso, non è richiesta alcuna certificazione che attesti il possesso delle condizioni mediche di idoneità, che si presuppone posseduta con l'avvio al trattamento presso i Centri.

La gestione e l'erogazione dei fondi avverranno secondo criteri di trasparenza e priorità, con particolare riferimento al valore ISEE Ordinario [d'ora in poi per ISEE si intende ISEE ordinario] dichiarato e in corso di validità, che non può superare i 30.000 euro pena l'inammissibilità della domanda.

Le beneficiarie potranno rivolgersi presso centri di Procreazione medicalmente assistita sia pubblici che privati purché autorizzati dal Ministero della Sanità e inseriti nel registro nazionale PMA presenti su tutto il territorio nazionale.

Si precisa che potranno accedere al contributo economico le donne per le quali tale prestazione non rientra tra quelle gratuite previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017 e s.m.i. (<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/il-dpcm-del-2017-e-gli-allegati/>).

Qualora la domanda dovesse risultare incompleta, la stessa potrà essere oggetto di soccorso istruttorio una sola volta con l'indicazione di un termine perentorio per l'integrazione, ferma restando la verifica sul possesso dei requisiti alle date definite dal bando.

2. Criteri di priorità per la graduatoria

Le domande ammissibili saranno ordinate in graduatoria attribuendo la prima posizione alla candidata con il valore ISEE più basso, e di seguito in ordine crescente, fino alla candidata con il valore ISEE più alto.

In caso di parità del valore ISEE, nella formazione della graduatoria si applicheranno i seguenti criteri di priorità:

- a) **Età anagrafica:** sarà data precedenza alla candidata di età anagrafica maggiore (gg/mm/aa)
- b) **Ordine cronologico di presentazione:** in caso di ulteriore parità, la priorità sarà assegnata alla candidata che ha presentato per prima la domanda, in base alla data e all'orario di invio della PEC ovvero di consegna della domanda cartacea. Nel caso in cui la protocollazione non dovesse essere effettuata in tempo reale alla consegna della istanza, gli istanti sono tenuti a richiedere la ricevuta di avvenuta consegna con apposizione di data, ora, timbro e firma da parte del funzionario incaricato. Ad ogni buon conto, in casi di assenza di dette informazioni farà fede la data e l'ora di protocollo.

3. Spese ammissibili ed escluse

Sono considerate **ammissibili**, ai fini dell'erogazione del contributo, le seguenti spese:

- Spese mediche strettamente connesse alla procedura di crioconservazione degli ovociti, sostenute **esclusivamente presso il centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)** in cui viene effettuata la tecnica.
Non rientrano tra le spese ammissibili i costi sostenuti presso altre strutture, anche se propedeutiche alla procedura, come – a titolo esemplificativo – esami diagnostici o strumentali preliminari.
- Spese relative al **canone di crioconservazione degli ovociti riferite esclusivamente ai primi 12 mesi** di conservazione.

Sono espressamente **escluse**:

- Spese per vitto e alloggio eventualmente sostenute dalla richiedente e connesse al trattamento;
- Spese farmaceutiche di qualunque natura;
- Costi legati alla conservazione degli ovociti **successivi ai primi 12 mesi**.

4. Modalità di presentazione dell'istanza

Le donne interessate, in possesso dei requisiti di cui al punto 1, dovranno compilare la domanda utilizzando il Modello di cui all'allegato 2 del presente avviso, e trasmetterla al Distretto Socio Sanitario cui afferisce il comune della propria residenza mediante posta elettronica certificata ovvero mediante consegna *brevi manu* ai recapiti di cui alla seguente tabella:

Distretto	COMUNI AFFERENTI	SEDE	PEC
DSS1	MARGHERITA DI SAVOIA SAN FERDINANDO DI PUGLIA TRINITAPOLI	Via Vanvitelli 1 – Poliambu- latorio - MARGHERITA DI SAVOIA	dss1.aslbat@pec.rupar.puglia.it
DSS2	ANDRIA	via Vittore Carpaccio - ANDRIA	dss2.aslbat@pec.rupar.puglia.it
DSS3	CANOSA DI PUGLIA MINERVINO MURGE SPINAZZOLA	Via Bovio 81 - CANOSA DI PUGLIA	dss3.aslbat@pec.rupar.puglia.it
DSS4	BARLETTA	Piazza Principe Umberto - BARLETTA	dss4.aslbat@pec.rupar.puglia.it
DSS5	BISCEGLIE TRANI	Viale Padre Pio - TRANI	dss5.aslbat@pec.rupar.puglia.it

Ciascun Distretto Socio Sanitario provvederà alla protocollazione dell'istanza e alla trasmissione della medesima alla Direzione Generale.

Le domande di richiesta del contributo in parola saranno erogate sulla base di quanto stabilito dalla Legge Regionale innanzi citata e delle puntuali disposizioni definite nel presente Bando che costituisce *lex specialis*.

L'istanza dovrà pervenire, pena esclusione, entro le ore 24:00 del trentesimo giorno successivo alla pubblicazione del presente bando sul BURP; le domande presentate oltre il detto termine saranno automaticamente scartate.

In seguito all'acquisizione dell'istanza da parte delle Aziende Sanitarie, alla richiedente verrà comunicato il nr. di protocollo che servirà per individuare la propria posizione utile in graduatoria anonimizzando tutte le informazioni inerenti delle richiedenti.

Le istanze dovranno essere corredate di documento di riconoscimento in corso di validità e attestazione ISEE in corso di validità con un valore inferiore o uguale a € 30.000,00.

5. Graduatoria e adempimenti successivi

Le ASL provvederanno a notificare il provvedimento di ammissione alle sole donne ammesse al finanziamento.

La graduatoria sarà pubblicata sulla pagina di Amministrazione Trasparente del portale istituzionale di ASL BT – Sezione Amministrazione Trasparente - Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici, e tanto varrà come pubblicità per tutti coloro che ne abbiano interesse.

Al fine di consentire un ulteriore scorrimento di graduatoria, da compiersi entro il 31/12/2025, le donne ammesse al contributo dovranno comunicare, entro i successivi 60 giorni dalla comunicazione di ammissione, a pena di decadenza dal beneficio, l'avvio della procedura medica, allegando documentazione probatoria (a titolo esemplificativo, il modulo di prenotazione della prima visita) ovvero l'eventuale intenzione di non sottoporsi al trattamento, rinunciando, in tal caso, al contributo per l'annualità 2025.

In caso di decadenza dal beneficio per non aver comunicato l'avvio della procedura, non sarà possibile presentare domanda per le annualità 2026 e 2027. In caso di rinuncia al trattamento, tempestivamente comunicata, sarà possibile presentare istanza di ammissione al contributo per annualità successive.

Si precisa che l'utile collocamento in graduatoria non comporta l'automatica ammissione al contributo, che è, in ogni caso, subordinato allo stanziamento ricevuto.

6. Rendicontazione

Si potranno riconoscere le spese già sostenute a partire dal 01.01.2025 e regolarmente rendicontate. I documenti giustificativi delle spese dovranno essere prodotte con comunicazione da inviare al Distretto Socio Sanitario cui afferisce il comune della propria residenza con le modalità indicate al precedente punto 4., ai recapiti ivi indicati, entro il 30.06.2026, salva proroga espressa.

Le istanze di rimborso presentate fuori termine saranno automaticamente scartate; ai fini del rispetto del termine, farà fede la data di invio della PEC o quella del protocollo, se presentata in forma cartacea. Nel caso in cui la protocollazione non dovesse essere effettuata in tempo reale alla consegna della istanza, gli istanti sono tenuti a richiedere la ricevuta di avvenuta consegna con apposizione di data, ora, timbro e firma da parte del funzionario incaricato. Ad ogni buon conto, in casi di assenza di dette informazioni farà fede la data e l'ora di protocollo.

I documenti accettati ai fini del rimborso sono i seguenti:

- fatture emesse dal centro PMA ove è stata eseguita la procedura, con espressa indicazione delle prestazioni effettuate;
- quietanze di pagamento effettuate con metodi tracciabili (es. bonifico bancario) che indichino la provenienza del pagamento da conto corrente intestato all'istante o altro componente del nucleo familiare riportato nell'attestazione ISEE.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Tiziana Dimatteo

asl_bat - uff_protocollo_bt - reg.uff - USCITA - Prot. n. 0043085 del 21-05-2025 - All. 2

ALLEGATO 2**MODULO PER LA DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONTRIBUTO ECONOMICO PER LA CRIOCONSERVAZIONE DEGLI OVOCITI (SOCIAL FREEZING), PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ PER FINI SOCIALI. LEGGE REGIONALE N. 42 DEL 31/12/2024, ART. 40 "NORME IN MATERIA DI PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ PER FINI SOCIALI".**Al **Commissario Straordinario ASL BT***Per il tramite del Distretto Socio Sanitario n. ____*

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 consapevoli che, in caso di false dichiarazioni o false attestazioni accertate dall'Amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione o attestazione non veritiera, la sottoscritta:

ISTANTE	Nome _____ Cognome _____
	Luogo e data di nascita _____
	Codice Fiscale
	Indirizzo di residenza (Città, via e n. civico) _____
	Numero di telefono _____ Mail _____
	Pec _____

CHIEDE

di essere ammessa al finanziamento, ai sensi della LR n. 42 del 31/12/2024 art. 40, previsto dall'Avviso Pubblico della ASL BA per l'assegnazione di contributi economici a sostegno della crioconservazione degli ovociti a fini sociali (social freezing).

A tal fine, sotto la propria responsabilità

DICHIARA,

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e mendaci:

- ☐ di essere residente senza interruzioni nella Regione Puglia da almeno 12 mesi alla data di presentazione della domanda;

- ☐ di avere un'età compresa tra i 27 e i 37 anni alla data di presentazione della domanda;
- ☐ di essere in possesso di attestazione ISEE ordinaria in corso di validità con un valore pari o inferiore a € 30.000,00;
- ☐ di non avere già beneficiato di contributi analoghi erogati dalla Regione Puglia per la medesima finalità (il contributo è erogabile una sola volta nella vita);
- ☐ di rivolgersi presso centri di Procreazione medicalmente assistita sia pubblici che privati purché autorizzati dal Ministero della Sanità e inseriti nel registro nazionale PMA presenti su tutto il territorio nazionale;
- ☐ di essere consapevole che la prestazione richiesta non rientra tra i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) ai sensi del DPCM 12/1/2017 e s.m.i.;
- ☐ di impegnarsi a comunicare, a pena di decadenza dal beneficio, entro i successivi 90 giorni dalla comunicazione di ammissione, l'avvio della procedura allegando documentazione probatoria (almeno la prenotazione della visita).
- ☐ di impegnarsi a rendicontare le spese sostenute dal 1/1/2025, pena decadenza del diritto al rimborso, entro e non oltre il 30.06.2026.
- ☐ di essere consapevole che in caso di decadenza dal beneficio per non aver comunicato l'avvio della procedura, non sarà possibile presentare domanda per annualità successive 2026/2027;

Allegati alla presente:

- A tal fine la dichiarante comunica di voler ricevere l'accredito del contributo, nel caso di ammissione al beneficio:

Dati del c/c:

IBAN:

[illegible]

Intestato a _____

asl_bat - uff_protocollo_bt - reg.uff - USCITA - Prot. n. 0043085 del 21-05-2025 - All. 2

Istituto bancario/postale _____

Filiale di _____

☐ Assegno circolare non trasferibile

La sottoscritta dichiara:

- di aver ricevuto l'informativa ex art 13-14 del GDPR 679/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali;
- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali - Informativa resa ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 679/2016 (General Data Protection Regulation) - I dati forniti saranno trattati dall'Azienda, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto ad accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi;
- I suoi dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa punto per esercitare i Suoi diritti di cui agli articoli 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Regolamento UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento ASL BT, via Formaci, 201 – Andria - PEC: protocollo.asl.bt@pec.rupar.puglia.it.

Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia all'apposita sezione Privacy del sito internet istituzionale.

Luogo e data:

Firma leggibile: _____