

**DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE  
ASUR  
N. DEL**

**Oggetto: D.G.R.M. N.15/2020 – “Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare - caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale amiotrofica. Criteri per accedere ai contributi per l’anno 2020.” Determinazioni.**

**IL DIRETTORE GENERALE  
ASUR**

- . . . -

**VISTO** il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

**RITENUTO**, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

**ACQUISITI** i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

**- D E T E R M I N A -**

**I. di prendere atto:**

- di quanto disposto dalla D.G.R.M. n. 15 del 20/01/2020 recante ad oggetto “Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare - caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale amiotrofica. Criteri per accedere ai contributi per l’anno 2020”;
- dei criteri stabiliti per accedere ai contributi per l'anno 2020 per il lavoro di cura del familiare caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) di cui all'allegato "A" dalla D.G.R.M. n. 15 del 20/01/2020
- che con Decreto n. 11 del 31/01/2020 il Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport ha provveduto ad assegnare, impegnare e liquidare a favore all’ASUR Marche la somma di € 1.280.000,00 per l’attuazione degli interventi di sostegno alle famiglie con persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica;

- I. di incaricare i Direttori di Area Vasta affinché pongano in essere tutti gli atti previsti dalla DGRM n. 15 del 20/01/2020, allegato A), e dal Decreto del Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport n. 11 del 31/01/2020, allegato A), nel rispetto dei criteri e delle modalità di seguito esplicitate:**

- possono beneficiare del contributo di € 833,00 mensili i soggetti ai quali sia stata riconosciuta la diagnosi definitiva di Sclerosi Laterale Amiotrofica, che si trovano nella condizione di poter respirare autonomamente senza l'uso continuativo di macchine;
- possono beneficiare del contributo di € 1.000,00 mensili i soggetti ai quali sia stata riconosciuta la diagnosi definitiva di Sclerosi Laterale Amiotrofica, che - essendo tracheostomizzati - respirano attaccati continuamente ad una macchina per la ventilazione invasiva.
- L'interessato (o per suo conto il coniuge/familiare o il soggetto incaricato della tutela del malato di SLA in caso di incapacità temporanea o permanente: tutore, curatore o amministratore di sostegno) presenta domanda di contributo all'Area Vasta di residenza utilizzando i modelli di cui agli allegati "A" e "B" del presente atto.
- Alla domanda dovrà essere allegata la seguente documentazione:
  - a) copia diagnosi di SLA;
  - b) copia dell'attestazione di disabilità con gravità rilasciata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. 104/92;
  - c) certificato del Medico di Medicina Generale (MMG) che attesti la data della tracheostomizzazione (solo per coloro che hanno subito questa tipologia di intervento);
- le Aree Vaste dovranno provvedere, per il tramite dei Distretti, a raccogliere ed istruire le singole istanze, a valutare l'ammissibilità delle predette richieste ed a disporre le relative autorizzazioni all'erogazione del contributo, in quanto sussistenti i requisiti;
- per gli utenti che hanno già beneficiato del contributo in questione negli anni precedenti questo decorre a far data 1 gennaio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, previa verifica della permanenza dei requisiti;
- per i nuovi utenti la decorrenza del beneficio varrà a far data dalla presentazione della domanda e fino al 31 dicembre 2020 (in caso di consegna dirette farà fede il timbro di accettazione dell'Ufficio ricevente, mentre nel caso di trasmissione tramite servizio postale farà fede il timbro postale di spedizione). Si specifica che nel caso che la domanda venga inoltrata tra il 1° e il 15° del mese si calcolerà la quota corrispondente all'intero mese, mentre qualora la domanda venga inoltrata tra il 16° giorno e la fine del mese, la quota decorrerà dal mese successivo;
- per i pazienti tracheostomizzati la decorrenza del contributo verrà calcolata a partire dalla data indicata nel certificato del Medico di Medicina Generale specificando che nel caso in cui lo stato di tracheostomizzato venga certificato nell'intervallo temporale che va dal 1° al 15° giorno del mese in corso il contributo verrà calcolato per l'intero mese. Nel caso in cui la certificazione

avvenga nell'intervallo che va dal 16° giorno alla fine del mese il contributo verrà calcolata dal mese successivo;

- l'erogazione del contributo si interrompe qualora il malato venga inserito in una struttura residenziale protetta o RSA o in caso di decesso. In entrambi i casi vige l'obbligo per i beneficiari (o chi ne fa le veci) di dare comunicazione della variazione agli uffici competenti delle Aree Vaste dell'ASUR entro e non oltre 15 giorni dal verificarsi dell'evento;
- il beneficio economico di cui al presente atto è cumulabile con quelli previsti allo stesso titolo da altre leggi regionali e nazionali ad eccezione di quelli relativi agli interventi regionali denominati "Vita Indipendente" di cui alla L.R. 21/2018, agli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima per le quali siano state verificate le condizioni di cui all'art 3 c.2 del D.M. 26/09/2016 e all'assegno di cura rivolto agli anziani non autosufficienti;
- sono esclusi dal beneficio economico i soggetti ospiti di strutture residenziali o semiresidenziali di qualsiasi tipo autorizzate, accreditate e convenzionate pubbliche o private;
- al fine di poter richiedere il contributo occorre che il richiedente fornisca i dati personali indicati nei facsimile della domanda, che allegati al presente atto ne sono parte integrante e sostanziale. Gli uffici competenti delle Aree Vaste dovranno garantire che il trattamento dei dati venga fatto con i mezzi idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza secondo quanto previsto dal D.Lgs. 196/2013 e s.m.i.
- i Direttori delle Aree Vaste dovranno inviare, entro il 30/07/2020, al Direttore Generale dell'ASUR, la rendicontazione economica delle somme erogate nel primo semestre dell'anno in corso, nonché specificare il numero di pazienti che ne hanno beneficiato e le eventuali criticità osservate in ordine all'erogazione;
- i Direttori delle Aree Vaste dovranno inviare, entro il 30/01/2021, al Direttore Generale dell'ASUR, la rendicontazione economica delle somme erogate nel corso dell'anno 2020, nonché specificare il numero di pazienti che ne hanno beneficiato e le eventuali criticità osservate in ordine all'erogazione;
- le Aree Vaste devono provvedere nel proprio ambito territoriale a promuovere un'efficace comunicazione per far conoscere ai cittadini l'esistenza e le finalità del predetto intervento;

2. di trasmettere il presente atto:

- al Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport – Regione Marche
- ai Direttori delle Aree Vaste per i provvedimenti di competenza;

- ai Direttori di Distretto per i provvedimenti di competenza;
  - ai Direttori Amministrativi del territorio per i provvedimenti di competenza;
3. di dare atto che la presente determina non è soggetta a controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione all'Albo Pretorio Informatico Aziendale, ai sensi dell'art. 28 della L.R. 26/96, come sostituito dall'art. 1 della L.R. 36/2013;
  4. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.

Ancona, sede legale ASUR

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**  
(Dott. Pierluigi Gigliucci)

**IL DIRETTORE SANITARIO F.F.**  
(Dr. Remo Appignanesi)

**IL DIRETTORE DEI SERVIZI  
DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANTARIA**  
(Dr. Giovanni Feliziani)

**IL DIRETTORE GENERALE**  
(Dr.ssa Nadia Storti)

**AREA DIPARTIMENTALE CONTROLLO DI GESTIONE:**

Sulla base di quanto dichiarato dal Responsabile del Procedimento, si attesta la compatibilità economica della spesa relativa al fattore produttivo indicato con il budget provvisoriamente assegnato per il 2020 con DGR n. 1674/2019.

**Il Direttore dell'Area Dip. Controllo di gestione**  
(Dott.ssa Sonia Piercamilli)

**AREA DIPARTIMENTALE CONTABILITÀ BILANCIO E FINANZA:**

Il Direttore attesta la corretta imputazione della spesa al piano dei conti e all' esercizio di competenza.

*e si rilascia il seguente  
codice progetto:*

*AO1 RMFSF\_00001*

*cont. cge. CC AA0032*

**Il Direttore f.f.**  
**dell'Area Contabilità Bilancio e Finanza**  
(Dott.ssa Maria Francesca Grechi)

**- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -**  
**AREA SANITARIA E SOCIO SANITARIA**

□ **Normativa di riferimento:**

- D.G.R.M n. 1514 del 28/09/2009;
- D.G.R.M n. 169 del 01/02/2010;
- D.G.R.M n. 786 del 30 maggio 2011;
- Decreto del Dirigente P.F.- Coordinamento delle Politiche Sociali e Politiche per l'Inclusione sociale n. 64/POL del 27/06/2011;
- D.G.R.M n. 399 del 26/03/2012;
- D.G.R.M n. 453 del 2/04/2012;
- Decreto del Dirigente P.F. - Coordinamento delle Politiche Sociali e Politiche per l'Inclusione Sociale n. 40/POL del 16/04/2012
- D.G.R.M. n. 94 dello 08/02/2016;
- Decreto n. 24/SPO del 13/04/2016.
- D.G.R.M. n. 1578 del 19/12/2016;
- D.G.R.M. n. 134 del 20/02/2017;
- Decreto del Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport n. 19 del 13/03/2017;
- D.G.R.M n. 673 del 20/06/2017;
- Decreto del Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport n. 85 del 27/06/2017;
- D.G.R.M. n. 312 del 19/03/2018;
- Decreto del Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport n. 61 dell'11/04/2018;
- D.G.R.M. n. 469 del 16/04/2018;
- Decreto del Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport n. 83 dell'8/05/2018.
- D.G.R.M. n. 121 del 13/02/2019;
- Decreto del Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport n. 22 del 25/02/2019.

- D.G.R.M. n. 15 del 20/01/2020;
- Decreto del Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport n. 11 del 31/01/2020

Motivazione:

La Giunta Regionale con la DGRM n. 15 del 20/01/2020, riconoscendo l'importanza del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) ed al fine di favorire l'autonomia e la permanenza di tali persone nel proprio domicilio, ha deliberato:

- ✓ di approvare i criteri per accedere ai contributi per l'anno 2020 per il lavoro di cura del familiare caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) di cui all'allegato "A",
- ✓ di stabilire che il fondo pari ad € 1.280.000,00 destinato al suddetto intervento viene trasferito all'ASUR Marche che a sua volta provvederà con successivi atti alla liquidazione del contributo ai destinatari dell'intervento, prevedendo percorsi amministrativi semplificati che agevolino i beneficiari nel conseguimento del contributo di cui trattasi;
- ✓ di stabilire che la DGRM n. 15 del 20/01/2020 costituisce direttiva per il Direttore Generale dell' ASUR in ordine ai compiti posti in capo all' Azienda medesima, ai sensi dell'art.3, comma 2 della L.R. 13/2003;
- ✓ di stabilire che l'onere di spesa pari a € 1.280.000,00 fa carico al capitolo 2130110402 del bilancio di previsione 2020/2022 annualità 2020.

Nello specifico al punto 1 dell'allegato A) DGRM n. 15 del 20/01/2020 - Riconoscimento del lavoro di cura dei caregivers, attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica , vengono stabiliti sia l'entità del contributo che le caratteristiche dei beneficiari:

- € 833,00 mensili al soggetto a cui sia stata riconosciuta "diagnosi definitiva" di SLA ovvero diagnosi "probabile", così come disposto con Decreto del Dirigente del Servizio Salute n. 19 del 17.3.2009, rilasciata da un sanitario della U.O. di Neurologia di struttura pubblica e/o accreditata con il S.S.N., I.R.C.C.S., Università; riconoscimento di portatore di handicap in situazione di gravità dalla Commissione sanitaria di cui all'articolo 3, comma 3 della legge 104/1992.
- € 1.000,00 mensili al soggetto a cui sia stata riconosciuta la diagnosi definitiva di Sclerosi Laterale Amiotrofica, così come disposto con decreto del Dirigente del Servizio Salute n. 19 del 17 marzo 2009, nonché il riconoscimento di portatore di handicap in situazione di gravità dalla Commissione Sanitaria di cui all'articolo 3, comma 3 della legge 104 del 1992, e che - essendo tracheostomizzato - respira attaccato continuamente ad una macchina per la ventilazione invasiva.

Inoltre con il Decreto del Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport n. n. 11 del 31/01/2020, allegato A) si approvano le modalità e i tempi per la presentazione delle domande e per l'erogazione del contributo regionale in questione, secondo i criteri di cui alla suddetta deliberazione e nello specifico:

#### Presentazione delle domande

L'interessato (o per suo conto il coniuge/familiare o il soggetto incaricato della tutela del malato di SLA in caso di incapacità temporanea o permanente: tutore, curatore o amministratore di sostegno) presenta domanda di contributo all'ASUR Marche per il tramite dell'Area Vasta di residenza.

Alla domanda dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- a) copia diagnosi di SLA;
- b) copia dell'attestazione di disabilità con gravità rilasciata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. 104/92;
- c) certificato del Medico di Medicina Generale (MMG) che attesti la data della tracheostomizzazione (solo per coloro che hanno subito questa tipologia di intervento);

I richiedenti che invece hanno già usufruito del contributo regionale in questione negli anni precedenti, potranno presentare la suddetta domanda di contributo senza allegare la documentazione indicata ai punti a) e b), fatta eccezione per la certificazione di cui al punto c) qualora sia intervenuto nel frattempo un processo di tracheostomizzazione.

#### Erogazione del contributo

L'ASUR Marche, per il tramite dell'Area Vasta di residenza, verificata la completezza della documentazione presentata, provvederà ad erogare ad ogni beneficiario - preferibilmente in quote mensili - il contributo regionale secondo quanto disposto nell'allegato "A" DGRM n. 15 del 20/01/2020:

- ✓ € 833,00 mensili alla persona in possesso dei suddetti requisiti e che si trova nella condizione di poter respirare autonomamente senza l'uso continuativo di macchine;
- ✓ € 1.000,00 mensili alla persona in possesso dei suddetti requisiti e che, essendo tracheostomizzato, respira attaccato continuamente ad una macchina per la ventilazione invasiva.

Il beneficio economico è cumulabile con quelli previsti allo stesso titolo da altre leggi regionali e nazionali, ad eccezione di quelli relativi al progetto "Vita Indipendente" di cui alla L.R. 21/2018, agli "Interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima per le quali si siano verificate le condizioni di cui all'art.3 c. 2 del D.M. 26/09/2016" e all'Assegno di cura rivolto ad anziani non

autosufficienti. Inoltre, sono esclusi dal beneficio economico i soggetti ospiti di strutture residenziali o semi residenziali di qualsiasi tipo autorizzate, accreditate e convenzionate pubbliche o private.

Decorrenza del beneficio:

- ✓ Per coloro che hanno già beneficiato del contributo in questione nelle precedenti annualità questo decorre a far data dal 01.01.2020.
- ✓ Per i nuovi pazienti la decorrenza del beneficio varrà a far data dalla presentazione della domanda (in caso di consegna diretta farà fede il timbro di accettazione dell'Ufficio ricevente, mentre in caso di trasmissione tramite servizio postale farà fede il timbro postale di spedizione). Si specifica che nel caso in cui la domanda venga inoltrata tra il 1° e il 15° giorno del mese si calcolerà la quota corrispondente all'intero mese, mentre qualora la domanda venga inoltrata tra il 16° giorno e la fine del mese, la quota decorrerà a partire dal mese successivo.
- ✓ Per i pazienti tracheostomizzati la decorrenza del contributo verrà calcolata a partire dalla data indicata nel certificato rilasciato dal Medico di Medicina Generale, specificando che:
  - nel caso in cui lo stato di tracheostomizzato venga certificato nell'intervallo temporale che va dal 1° al 15° giorno del mese in corso il contributo verrà calcolato per l'intero mese:
  - nel caso in cui la certificazione avvenga nell'intervallo temporale che va 16° fino alla fine del mese il contributo verrà calcolato a partire dal mese successivo.

Obblighi di comunicazione

L'erogazione del contributo si interrompe qualora il malato venga inserito presso una struttura residenziale protetta o RSA, o in caso di decesso. In entrambe i casi vige l'obbligo per i beneficiari (o chi ne fa le veci) di dare comunicazione della variazione all'ASUR entro e non oltre 15 giorni dal verificarsi dell'evento.

Trattamento dei dati personali (Art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 – Codice sulla privacy)

Per poter concedere il contributo l'ASUR Marche e le Aree Vaste hanno necessità che il richiedente fornisca i dati personali indicati nel fac-simile di domanda. Il trattamento dei dati sarà fatto con mezzi idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e, per quanto riguarda i dati sensibili (art. 22 del D. Lgs 196/2003), con modalità idonee ad assicurare il rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità dell'interessato. Il dichiarante può rivolgersi, in ogni momento, al proprio Ente di riferimento per verificare i dati che lo riguardano e farli eventualmente aggiornare, integrare, rettificare o cancellare,

chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento, se trattasi di violazione di legge (art. 7 D.Lgs 196/2003).

Si attesta che la spesa derivante dalla presente determina per l'anno 2020 è coperta da contributi assegnati, impegnanti e liquidati all'ASUR con il Decreto del Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport n. 11 del 31/01/2020 per un importo di € 1.280.000,00, che rientrano nel Fondo Sanitario Indistinto anno 2020, e la spesa sarà registrata dalle Aree Vaste al conto 0508010303 – Altri rimborsi e contributi agli assistiti è compatibile con il budget provvisorio assegnato con DGRM 1674/2019.

Per quanto sopra, si propone:

1. di prendere atto:

- di quanto disposto dalla D.G.R.M. n. 15 del 20/01/2020 recante ad oggetto “Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare - caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale amiotrofica. Criteri per accedere ai contributi per l'anno 2020”;
- dei criteri stabiliti per accedere ai contributi per l'anno 2020 per il lavoro di cura del familiare caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) di cui all'allegato "A" dalla D.G.R.M. n. 15 del 20/01/2020
- che con Decreto n. 11 del 31/01/2020 il Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport ha provveduto ad assegnare, impegnare e liquidare a favore all'ASUR Marche la somma di € 1.280.000,00 per l'attuazione degli interventi di sostegno alle famiglie con persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica;

2. di incaricare i Direttori di Area Vasta affinché pongano in essere tutti gli atti previsti dalla DGRM n. 15 del 20/01/2020, allegato A), e dal Decreto del Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport n. 11 del 31/01/2020, allegato A), nel rispetto dei criteri e delle modalità di seguito esplicitate:

- possono beneficiare del contributo di € 833,00 mensili i soggetti ai quali sia stata riconosciuta la diagnosi definitiva di Sclerosi Laterale Amiotrofica, che si trovano nella condizione di poter respirare autonomamente senza l'uso continuativo di macchine;
- possono beneficiare del contributo di € 1.000,00 mensili i soggetti ai quali sia stata riconosciuta la diagnosi definitiva di Sclerosi Laterale Amiotrofica, che - essendo tracheostomizzati - respirano attaccati continuamente ad una macchina per la ventilazione invasiva.

- L'interessato (o per suo conto il coniuge/familiare o il soggetto incaricato della tutela del malato di SLA in caso di incapacità temporanea o permanente: tutore, curatore o amministratore di sostegno) presenta domanda di contributo all'Area Vasta di residenza utilizzando i modelli di cui agli allegati "A" e "B" del presente atto.
- Alla domanda dovrà essere allegata la seguente documentazione:
  - a) copia diagnosi di SLA;
  - b) copia dell'attestazione di disabilità con gravità rilasciata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. 104/92;
  - c) certificato del Medico di Medicina Generale (MMG) che attesti la data della tracheostomizzazione (solo per coloro che hanno subito questa tipologia di intervento);
- le Aree Vaste dovranno provvedere, per il tramite dei Distretti, a raccogliere ed istruire le singole istanze, a valutare l'ammissibilità delle predette richieste ed a disporre le relative autorizzazioni all'erogazione del contributo, in quanto sussistenti i requisiti;

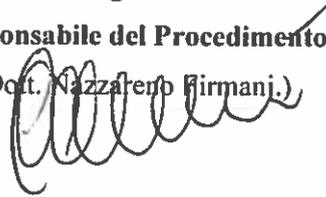
---

- per gli utenti che hanno già beneficiato del contributo in questione negli anni precedenti questo decorre a far data 1 gennaio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, previa verifica della permanenza dei requisiti;
- per i nuovi utenti la decorrenza del beneficio varrà a far data dalla presentazione della domanda e fino al 31 dicembre 2020 (in caso di consegna diretta farà fede il timbro di accettazione dell'Ufficio ricevente, mentre nel caso di trasmissione tramite servizio postale farà fede il timbro postale di spedizione). Si specifica che nel caso che la domanda venga inoltrata tra il 1° e il 15° del mese si calcherà la quota corrispondente all'intero mese, mentre qualora la domanda venga inoltrata tra il 16° giorno e la fine del mese, la quota decorrerà dal mese successivo;
- per i pazienti tracheostomizzati la decorrenza del contributo verrà calcolata a partire dalla data indicata nel certificato del Medico di Medicina Generale specificando che nel caso in cui lo stato di tracheostomizzato venga certificato nell'intervallo temporale che va dal 1° al 15° giorno del mese in corso il contributo verrà calcolato per l'intero mese. Nel caso in cui la certificazione avvenga nell'intervallo che va dal 16° giorno alla fine del mese il contributo verrà calcolato dal mese successivo;
- l'erogazione del contributo si interrompe qualora il malato venga inserito in una struttura residenziale protetta o RSA o in caso di decesso. In entrambi i casi vige l'obbligo per i beneficiari (o chi ne fa le veci) di dare comunicazione della variazione agli uffici competenti delle Aree Vaste dell'ASUR entro e non oltre 15 giorni dal verificarsi dell'evento;

- il beneficio economico di cui al presente atto è cumulabile con quelli previsti allo stesso titolo da altre leggi regionali e nazionali ad eccezione di quelli relativi agli interventi regionali denominati “Vita Indipendente” di cui alla L.R. 21/2018, agli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima per le quali siano state verificate le condizioni di cui all’art 3 c.2 del D.M. 26/09/2016 e all’assegno di cura rivolto agli anziani non autosufficienti;
  - sono esclusi dal beneficio economico i soggetti ospiti di strutture residenziali o semiresidenziali di qualsiasi tipo autorizzate, accreditate e convenzionate pubbliche o private;
  - al fine di poter richiedere il contributo occorre che il richiedente fornisca i dati personali indicati nei facsimile della domanda, che allegati al presente atto ne sono parte integrante e sostanziale. Gli uffici competenti delle Aree Vaste dovranno garantire che il trattamento dei dati venga fatto con i mezzi idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza secondo quanto previsto dal D.Lgs. 196/2013 e s.m.i.
  - i Direttori delle Aree Vaste dovranno inviare, entro il 30/07/2020, al Direttore Generale dell’ASUR, la rendicontazione economica delle somme erogate nel primo semestre dell’anno in corso, nonché specificare il numero di pazienti che ne hanno beneficiato e le eventuali criticità osservate in ordine all’erogazione;
  - i Direttori delle Aree Vaste dovranno inviare, entro il 30/01/2021, al Direttore Generale dell’ASUR, la rendicontazione economica delle somme erogate nel corso dell’anno 2020, nonché specificare il numero di pazienti che ne hanno beneficiato e le eventuali criticità osservate in ordine all’erogazione;
  - le Aree Vaste devono provvedere nel proprio ambito territoriale a promuovere un’efficace comunicazione per far conoscere ai cittadini l’esistenza e le finalità del predetto intervento;
3. di trasmettere il presente atto:
- al Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport – Regione Marche
  - ai Direttori delle Aree Vaste per i provvedimenti di competenza;
  - ai Direttori di Distretto per i provvedimenti di competenza;
  - ai Direttori Amministrativi del territorio per i provvedimenti di competenza;
4. di dare atto che la presente determina non è soggetta a controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione all’Albo Pretorio Informatico Aziendale, ai sensi dell’art. 28 della L.R. 26/96, come sostituito dall’art. 1 della L.R. 36/2013;

5. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.

**Il Dirigente**  
**Responsabile del Procedimento**  
(Dott. Nazzeno Firmani.)



- ALLEGATI -

Allegato A: "Modello di domanda (*compilazione da parte del diretto interessato*);  
Allegato B: "Modello di domanda redatta da terzi

Allegato "A"

Fac-simile di domanda (compilazione da parte del diretto interessato)

AL DIRETTORE AREA VASTA N. \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Ai sensi degli artt. 46, 47, 76 e 77 del DPR 445/2000, e consapevole che le false dichiarazioni, le falsità negli atti e l'esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti al vero sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di essere in possesso della diagnosi "definitiva"/ "probabile" di Sclerosi Laterale Amiotrofica rilasciata da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

di aver ottenuto il riconoscimento di disabilità in situazione di gravità, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L. 104/1992, rilasciato dalla Commissione Sanitaria dell'Area Vasta n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

di beneficiare del contributo regionale in favore delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);

di non beneficiare del contributo regionale previsto per il progetto "Vita indipendente";

di non beneficiare del contributo regionale per la "Disabilità gravissima";

di non beneficiare dell'Assegno di cura per anziani;

di non essere ospite di strutture residenziali o semi residenziali di qualsiasi tipo autorizzate, accreditate e convenzionate pubbliche o private;

### CHIEDE

di poter accedere al contributo per il riconoscimento del lavoro di cura delle famiglie di persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) a far data dal \_\_\_\_\_.

Data e luogo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

#### ALLEGATI ALLA DOMANDA:

- copia diagnosi di SLA\*;
- copia dell'attestazione di disabilità con gravità\*;
- eventuale dichiarazione del Medico di Medicina Generale che attesti la data della tracheostomizzazione\*\*;
- copia fotostatica di un documento di identità del richiedente in corso di validità.

\*La documentazione non va allegata da parte di coloro che già beneficiano del contributo SLA.

\*\* Solo per coloro per i quali sia intervenuto un processo di tracheostomizzazione.

**CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (D. Lgs 196/2003)**

Il/La sottoscritto/a, previamente informato/a, autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003, a seguito dell'istanza presentata a codesto Ente.

Data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

Allegato "B"

Fac-simile di domanda (compilazione da parte di terzi)

AL DIRETTORE AREA VASTA N. \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di :

- coniuge/familiare (grado di parentela) .....

- esercente tutela (*tutore, curatore, amministratore di sostegno*) .....

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Ai sensi degli artt. 46, 47, 76 e 77 del DPR 445/2000, e consapevole che le false dichiarazioni, le falsità negli atti e l'esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti al vero sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ è in possesso della diagnosi "definitiva"/ "probabile" di Sclerosi Laterale Amiotrofica rilasciata da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

che il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ ha ottenuto il riconoscimento di disabilità in situazione di gravità, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L. 104/1992, rilasciato dalla Commissione Sanitaria dell'Area Vasta n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

che il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ beneficia del contributo regionale in favore delle persone affette da Sindrome Laterale Amiotrofica;

che il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ non beneficia del contributo regionale previsto per il progetto "Vita indipendente";

che il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ non beneficia del contributo regionale per la "Disabilità gravissima";

che il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ non beneficia dell'Assegno di cura per anziani;

che il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ non è ospite di strutture residenziali o semi residenziali di qualsiasi tipo autorizzate, accreditate e convenzionate pubbliche o private;

### CHIEDE

in nome e per conto di:

nome e cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

di poter accedere al contributo per il riconoscimento del lavoro di cura delle famiglie di persone affette da *Sclerosi Laterale Amiotrofica* (SLA) a far data dal \_\_\_\_\_.

Data e luogo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (firma)

### ALLEGATI ALLA DOMANDA:

- copia diagnosi di SLA\*;
- copia dell'attestazione di disabilità con gravità\*;
- eventuale dichiarazione del Medico di Medicina Generale che attesti la data della tracheostomizzazione\*\*.
- copia fotostatica dei documenti di entità del richiedente e di colui che ne fa le veci in corso di validità;

\* La documentazione non va allegata da parte di coloro che già beneficiano del contributo SLA.

**\*\* Solo per coloro per i quali sia intervenuto un processo di tracheostomizzazione.**

**CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (D. Lgs 196/2003)**

Il/La sottoscritto/a, previamente informato/a, autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003, a seguito dell'istanza presentata a codesto Ente a nome del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_