

***PROCEDURA PER LA STIPULA DI CONVENZIONI CON I FORNITORI DI
PRODOTTI ALIMENTARI PRIVI DI GLUTINE A PAZIENTI AFFETTI DA
MORBO CELIACO***

(EX D.L.G. 114/1998) – D.G.R. N°26/9 DEL 24/05/2011)

DOMANDA

- Il titolare o legale rappresentante dell'esercizio commerciale che intende erogare prodotti dietetici senza glutine a carico del SSR, dovrà inoltrare formale richiesta di convenzionamento alla Direzione Generale dell'ASL N.5 via Carducci, n.35 -Oristano

Alla domanda dovrà essere allegata la seguente documentazione:

-Copia della Dichiarazione Inizio Attività Produttiva o precedente documento autorizzativo

-Certificato della Camera di Commercio, dal quale rileva che la ditta esercita prevalentemente la vendita al dettaglio di prodotti alimentari senza glutine;

-Autocertificazione redatta secondo il seguente modello:

La ditta dichiara sotto la propria responsabilità, nella consapevolezza delle conseguenze penali derivanti da dichiarazioni mendaci e falsità negli atti ex art.76 D.P.R.n.445/2000, che:

a) non si trova in stato di liquidazione, fallimento, sospensione dell'attività commerciale, amministrazione controllata, concordato preventivo o qualsiasi altra situazione equivalente, nonché non risulta in corso alcun procedimento per la dichiarazione di una delle suddette situazioni;

b) a carico dei propri amministratori non è stata emessa alcuna sentenza di condanna, passata in giudicato, ovvero sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art.444 del codice di procedura penale, per qualsiasi reato

c) nell'esercizio della propria attività professionale non è stato commesso un errore grave accertato con qualsiasi mezzo di prova addotto da una amministrazione aggiudicatrice;

d) è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori, nonché con il pagamento delle imposte e delle tasse;

e) non si trova in una situazione di incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione secondo quanto prevede il D.L.vo n.231/2001;

Il titolare dovrà:

fornire: tutti i dati identificativi dell'esercizio, il conto corrente bancario o postale dedicato, idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni di pagamento o incasso, ai fini dell'assolvimento degli obblighi previsti dall'art.3 della legge n.136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari.

-dichiarare di garantire il flusso dei dati previsto dall'art.50, comma 5 D.L. 269/2003 (convertito in legge, con modificazioni, dall'art.1 della legge n.326/2003), così come modificato dall'art.1, comma 810 della legge n. 296/2006, ovvero l'utilizzo di un software certificato dal Ministero Economia e Finanze.

***LINEE GUIDA PER L'EROGAZIONE DEI PRODOTTI DIETETICI S/GLUTINE
A FAVORE DEI CELIACI
(EX D.L.G. 114/1998) – D.G.R. N°26/9 DEL 24/05/2011)***

PERCORSO DEL PAZIENTE :

L'assistito, in possesso di certificazione di diagnosi di Malattia Celiaca, ricevuti dal Distretto Sanitario di residenza i buoni acquisto, mensili (all.2), in conformità alle disposizioni regionali finalizzate alla dispensazione a carico del SSN dei prodotti s/glutine, può prelevare i prodotti s/glutine inclusi nel Registro Nazionale di cui all'art.7 del D.M. 8.6.2001.:

- a) presso le Farmacie;
- b) presso qualsiasi esercizio commerciale specializzato, autorizzato e convenzionato con questa ASL

Si precisa che i buoni acquisto mensili devono essere tassativamente utilizzati nel mese di competenza

ADEMPIMENTI DEGLI ESERCIZI COMMERCIALI SPECIALIZZATI

Il titolare dell'esercizio commerciale "specializzato", autorizzato alla dispensazione dei prodotti per la Malattia Celiaca, in base all'importo di spesa dolce e salato, riportato sulla prescrizione, consegna all'assistito gli alimenti in convenzione, rilevati dal Registro Nazionale degli Alimenti, di cui all'art.7 del D.M. 8.6.2001.: entro il tetto massimo di spesa, in base al sesso, età e diverso fabbisogno calorico:

Il suddetto titolare dell'esercizio commerciale inoltre sarà tenuto al rispetto dei sottoindicati adempimenti:

- a) dovrà apporre le fustelle autoadesive dei prodotti consegnati (affiancate e non sovrapposte), nel retro del modulo-All.2 e qualora fosse necessario, può allegare un foglio A4, riportante la stessa numerazione del modulo All.2;
- b) dovrà apporre: la data di consegna, il timbro e la firma del titolare dell'esercizio commerciale e la firma dell'assistito;
- c) scrivere l'importo lordo dei prodotti effettivamente consegnati e quello decurtato all'8%;
- d) nell'ipotesi in cui eccezionalmente, una confezione sia sprovvista di fustella, si potrà indicare il prodotto, la marca, il codice e la quantità del prodotto consegnato, con la dicitura "Senza bollino ottico", apponendo timbro e firma dell'esercizio commerciale specializzato;
- e) i moduli All.2, rilasciati dal Distretto di competenza per i propri pazienti, devono essere successivamente inoltrati a cura dell'Esercizio Commerciale "Convenzionato" (così come per le Farmacie), alla ASL

di Oristano – Distretto Sanitario di _____ - ;

- f) gli All.2 rilasciati da “altre ASL” della Regione Sardegna, devono essere fatturati direttamente alla ASL di appartenenza del paziente;
- g) gli allegati dovranno essere numerati con inchiostro nero e tariffati voce per voce, con i prezzi al pubblico rilevati da “CODIFA”, nel giorno di erogazione;
- h) al fine di ottimizzare il controllo da parte dell'ASL, l' Esercizio Commerciale “Convenzionato” dovrà allegare alla fattura un “Tabulato” per paziente, con la specifica dei prodotti, la quantità, i prezzi lordi, il totale e l'importo lordo meno 8 %, così come per le farmacie.

DISPOSIZIONE DELLA ASL

Non si potrà procedere alla liquidazione nei seguenti casi:

- a) la fattura che contenga un modulo All.2) erogato nel mese successivo a quello indicato dalla ASL;
- b) All.2 in fotocopia;
- c) Mancanza di timbro, firma data di consegna dell'esercizio commerciale e firma dell'assistito.

MODALITA' DI RIMBORSO

Gli esercizi commerciali, specializzati e convenzionati, entro il 10° giorno di ciascun mese, consegnano le fatture, con la documentazione allegata, relative alla richiesta di pagamento.

Devono inviarle o consegnarle alla ASL n°5 di Oristano – Distretto Sanitario di _____

CONTROLLO VERIFICA E LIQUIDAZIONE

Le fatture pervenute all'Ufficio Protocollo e prese in carico dal Servizio Contabilità e Bilancio saranno inviate al Distretto di competenza che provvederà ad effettuare il controllo tecnico-contabile dell'All.2 e alla liquidazione della fattura.

AUTORIZZAZIONE N°**DEL**

Regione Autonoma della Sardegna

Azienda U.S.L. n° 5 Distretto Sanitario di

Autorizzazione per l'erogazione gratuita di prodotti dietetici senza glutine ai pazienti affetti da morbo Celiaco e Dermatite Erpetiforme (D. M. 08.06.2001)

Cognome**Nome****nato a****il****indirizzo****Residenza****Tel.****Cod. Reg.****Cod. Fiscale**

Visto il programma dietetico giornaliero di cui alla prescrizione specialistica del e le
relative calorie prescritte in relazione agli alimenti di tipo salato e dolce;

Viste le tabelle del D.M. 08.06.01 concernenti il fabbisogno calorico di prodotti senza glutine in relazione alla fascia di età nonché il tetto di spesa mensile

Vista la tabella concernente il corrispondente in Euro per ciascuna Kcal in relazione alla fascia di età di appartenenza all'assistito;

Si autorizza il seguente fabbisogno MENSILE di prodotti senza glutine con oneri a carico del S.S.N. nel rispetto del tetto di spesa stabilito sulla base della prescrizione specialistica:

ALIMENTI TIPO SALATO**€**

- Pane

- Pasta di vario formato

- * ☒ Nell'ambito dell'importo complessivo autorizzato per gli alimenti di tipo salato il paziente può operare autonomamente le sostituzioni con gli alimenti riconducibili (tipo fette biscottate, crackers, grissini, farina per pane, lievito, preparato per impanare, tost , pancarrè, pizza)

ALIMENTI DI TIPO DOLCE**€**

- Biscotti

- * ☒ A parità di importo sostituibile con alimenti riconducibili (tipo farina per dolci, lieviti, merendine farcite, plumcake, wafers, savoiardi, biscotti frollini, etc.)

Totale mensile autorizzato**€**

* BARRARE LA CASELLA PER ATTESTARE L'ASSENSO ALLA SOSTITUIBILITA'

Il Direttore del Distretto di**Dr. .****Data:****Validità mese di**

Il sottoscritto _____ dichiara di ritirare i prodotti relativamente
al mese di _____ anno _____
per un importo di € _____.

Data _____/_____/_____

Firma per ricevuta dell'Assistito

PARTE RISERVATA AI FORNITORI

Importo da rimborsare ai Fornitori € _____

Data _____/_____/_____

Timbro del Fornitore

N.B. I Fornitori sono tenuti ad allegare a questa autorizzazione i bollini a lettura ottica, se presenti, dei prodotti consegnati.

Spazio riservato ai bollini o prove di acquisto