

Codice A1404A

D.D. 5 aprile 2019, n. 245

Attivazione elenco regionale dei fornitori ausili per la gestione dell'incontinenza per assorbenza ex art.10 d.p.c.m. del 12.01.2017, nell'ambito del Servizio integrato PROTES.

(omissis)

IL DIRIGENTE

(omissis)

determina

- di istituire, per le ragioni in premessa esplicitate, l'Elenco regionale dei fornitori di presidi per l'incontinenza per assorbenza, nell'ambito del Servizio integrato PROTES;
- di adottare le modalità procedurali per la costituzione dell'Elenco regionale dei fornitori di presidi per l'incontinenza per assorbenza, indicate negli allegati n.1 e n. 2 alla presente Determinazione, per farne parti integrali e sostanziali;
- di dare atto che al Settore Assistenza Farmaceutica Integrativa e Protesica viene affidata la gestione centralizzata e l'aggiornamento dell'Elenco regionale dei fornitori di presidi per l'incontinenza per assorbenza

La presente Determinazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

La presente Determinazione non è soggetta alla pubblicazione ai sensi del D. Lgs 33/2013.

Il Dirigente del Settore
Loredano Giorni

Allegato

MODALITÀ PER IL RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE ALL'EROGAZIONE DI AUSILI PER LA GESTIONE DELL'INCONTINENZA PER ASSORBENZA CON ONERE A CARICO DEL SSR

- **SOGGETTI DESTINATARI**

Sono destinatari del presente atto gli esercizi commerciali ad esclusione delle farmacie, le quali operano per conto del SSN in virtù di autonome convenzioni.

Dalla data di approvazione del presente atto gli esercizi commerciali che intendono iniziare ad erogare gli ausili per la gestione dell'incontinenza per assorbenza devono essere autorizzati dalla ASL di competenza territoriale e devono essere inseriti nell'elenco regionale nell'ambito del Servizio integrato "PROTES", secondo le modalità indicate al punto successivo.

Gli esercizi autorizzati all'attività di commercio che, alla data del presente provvedimento, risultano in possesso del codice numerico assegnato dal Settore Assistenza Farmaceutica Integrativa e Protesica della Regione Piemonte e che attualmente erogano ausili per la gestione dell'incontinenza per assorbenza, devono provvedere, entro il 30/06/2019, a presentare istanza di autorizzazione all'Azienda Sanitaria, al fine di adeguare la loro posizione alle presenti disposizioni, secondo le modalità indicate ai punti successivi.

Nelle more della nuova autorizzazione e comunque sino al 30/06/2019, i soggetti già in possesso del codice numerico regionale sono autorizzati a proseguire nella loro attività con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale.

I soggetti in possesso del codice numerico che non provvedono a presentare nuova richiesta di autorizzazione non possono essere inseriti dall'Elenco di cui al presente atto e non potranno continuare ad erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale dal 01/07/2019.

- **MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE**

La domanda per l'inserimento nell'Elenco regionale deve essere presentata all'ASL di competenza territoriale e, per conoscenza, al Settore Assistenza Farmaceutica Integrativa e Protesica della Regione Piemonte.

Per presentare domanda è necessario dichiarare il possesso dei requisiti previsti, secondo il modello allegato n. 2, che verrà anche reso disponibile su tutti i siti delle ASL regionali e sul sito della Regione Piemonte.

Le domande, a pena di esclusione, doveanno essere presentate agli indirizzi PEC delle ASL di competenza territoriale e a quello della Regione Piemonte.

Sarà cura delle ASL dare evidenza sul proprio sito dell'indirizzo al quale inviare tali domande, nonché fornire agli interessati adeguata informativa in merito al trattamento dei dati personali e dare, comunque, completa attuazione al Regolamento UE 2016/679.

- **ACCOGLIMENTO DELLA DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE**

Le domande di autorizzazione e di inserimento nell'Elenco regionale sono valutate a livello della ASL di competenza territoriale, responsabile del procedimento; tale procedimento si conclude con

la redazione di apposito atto aziendale, riferito anche a più esercizi commerciali e non necessariamente a un singolo esercizio, che deve essere trasmesso al Settore Assistenza Farmaceutica, Integrativa e Protesica della Regione Piemonte e che deve contenere l'elenco dei punti autorizzati nell'Azienda di riferimento, in formato editabile, secondo le indicazioni che verranno successivamente fornite dal Settore stesso.

Tutti i soggetti autorizzati saranno inseriti nell'elenco regionale degli erogatori di ausili per la gestione dell'incontinenza per assorbenza per conto del SSR, nell'ambito del Servizio integrato "PROTES".

Il mancato accoglimento della domanda di inserimento dovrà essere comunicato, a cura della ASL di competenza territoriale, al richiedente e, per conoscenza, alla Regione Piemonte, Settore Assistenza Farmaceutica e Assistenza Integrativa e Protesica, con indicazione delle relative motivazioni.

L'esercizio commerciale, la cui domanda è stata respinta, può ripresentarla, previa modifica degli elementi sostanziali all'accoglimento della domanda stessa.

Per il rilascio delle autorizzazioni, le ASL, nel rispetto dei propri modelli organizzativi, dovranno:

- assicurare il completamento dell'istruttoria aziendale entro un termine massimo di quindici giorni, decorrente dal momento della ricezione della domanda;
- adottare alle date sotto indicate una **determinazione aziendale di autorizzazione** all'erogazione degli ausili per la gestione dell'incontinenza per assorbenza a carico del Servizio Sanitario Regionale dalla quale siano rilevabili i seguenti elementi, a titolo indicativo e non esaustivo:
 - presa d'atto della domanda pervenuta all'ASL, completa della documentazione prevista per il rilascio dell'autorizzazione alla erogazione di ausili per la gestione dell'incontinenza per assorbenza a carico del SSR;
 - presa d'atto della sussistenza dei requisiti previsti per l'erogazione di ausili per la gestione dell'incontinenza per assorbenza a carico del SSR per i punti vendita che insistono nel territorio dell'ASL, riportati nell'allegato 2;
 - espressione dell'obbligo ai Legali Rappresentanti dei soggetti autorizzati a trasmettere all'ASL ogni successiva variazione dei dati comunicati, e di assicurare il rispetto delle disposizioni regionali e nazionali vigenti in materia.

Le ASL sono tenute a inviare al Settore Assistenza Farmaceutica Integrativa e Protesica, contestualmente alla determinazione aziendale, un aggiornamento in formato editabile delle domande ricevute e delle autorizzazioni rilasciate, secondo le indicazioni che verranno successivamente fornite dal Settore stesso ai seguenti indirizzi:

silvia.ferro@mail.regione.piemonte.it
barbara.mingoia@regione.piemonte.it

alle seguenti date:

1. 17/05/2019
2. 28/06/2019

A partire dal mese di luglio 2019, eventuali nuove autorizzazioni da parte delle Aziende dovranno essere gestite con le medesime modalità, prevedendo l'adozione di determinazioni aziendali con una cadenza massima entro un mese dalla presentazione della domanda.

L'invio al Settore Assistenza Farmaceutica Integrativa e Protesica di ogni singola determinazione adottata deve essere sempre corredato dal relativo aggiornamento degli esercizi autorizzati nella singola Azienda, per permettere il regolare inserimento dei punti vendita autorizzati nell'Elenco regionale, nell'ambito del Servizio integrato "PROTES".

- **MODIFICA DELLA REGISTRAZIONE NELL'ELENCO REGIONALE**

L'esercizio commerciale, in caso di variazione delle condizioni con le quali risulta essere stato autorizzato e inserito nell'elenco regionale, deve dare comunicazione di tali modifiche, nel più breve tempo possibile, alla ASL di competenza territoriale, che provvederà a prendere atto di tali variazioni (es. variazione della ragione sociale, variazione della sede dell'esercizio), dopo aver effettuato le opportune verifiche di mantenimento dei requisiti.

La ASL di competenza territoriale dovrà prendere atto delle modifiche con apposito atto aziendale e darne comunicazione al Settore Assistenza Farmaceutica, Integrativa e Protesica della Regione Piemonte.

- **REVOCA DELL'AUTORIZZAZIONE**

L'ASL potrà revocare l'autorizzazione rilasciata, previa comunicazione scritta all'esercizio commerciale da effettuarsi, nei seguenti casi:

- in caso di frode nella fornitura;
- in caso di grave, reiterata, negligenza nell'esecuzione degli obblighi e delle condizioni previste, dopo due contestazioni scritte;
- in caso di cessazione dell'attività o in caso di concordato preventivo, di fallimento, di stato di moratoria e di conseguenti atti di sequestro o di pignoramento a carico dell'Impresa;
- in caso di cessione del contratto, cessione d'azienda o subappalto non autorizzati.

I soggetti autorizzati potranno, in ogni momento, chiedere la revoca dell'autorizzazione rilasciata dalla ASL territorialmente competente e la cancellazione dall'Elenco regionale.

Modulo della domanda di autorizzazione

ALLEGATO 2

Al Direttore Generale
dell'ASL

e p.c. Alla Regione Piemonte
Settore Assistenza Farmaceutica
Integrativa e Protesica

OGGETTO: richiesta di autorizzazione all'erogazione, con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale, di ausili per la gestione dell'incontinenza per assorbenza.

Il/la sottoscritto/a

nato/a il..... in qualità di
titolare/legale rappresentante della ditta/società:

.....

con sede legale in (indicare l'indirizzo completo)

.....

Codice Fiscale/Partita IVA

.....

Telefono Cellulare Fax.....

mail

ai sensi delle attuali disposizioni regionali in materia, di cui alla D.G.R. n. 47-7790 del 30.10.2018

CHIEDE

di essere autorizzato ad erogare, con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale, ausili per la gestione dell'incontinenza per assorbenza di cui alla DGR n. 47-7790 del 30.10.2018.

A tal fine, 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, dichiara che:

- a) non si trova in stato di liquidazione, fallimento, sospensione dell'attività commerciale, amministrazione controllata, concordato preventivo o qualsiasi altra situazione equivalente che non si è precedentemente trovata in analoga situazione, 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 che incide sulla loro moralità professionale o per delitti finanziari;

- c) nell'esercizio della propria attività professionale non è stato commesso un errore grave accertato con qualsiasi mezzo di prova addotto da un'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 è resa gravemente colpevole di false dichiarazioni nel fornire informazioni relative alla capacità economica, finanziaria e tecnica, nonché all'iscrizione nei registri professionali in elenchi ufficiali dei prestatori di servizi;
- f) non sussistono a suo carico ed a carico dei soggetti di cui all'art. 10 della L. 575/65 ed all'art. 4 del D. Lgs. 490/94 le cause interdittive ivi previste;
- g) di essere in regola con la normativa che disciplina il diritto al lavoro dei disabili (L. 23.3.1999, n. 68);
- h) non si trova in una situazione di incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione secondo quanto prevede il D. L.gs n. 231/2001;
- i) non si è avvalsa dei piani individuali di emersione previsti dalla legge n. 383/2001 oppure si è avvalsa dei piani di emersione previsti dalla legge n. 383/2001, dando però atto che gli stessi si sono conclusi.

Dichiara, inoltre, che l'impresa è regolarmente autorizzata alla vendita e si allega copia della Segnalazione Certificata di Inizio Attività (S.C.I.A.) o precedente documento autorizzativo.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle disposizioni regionali vigenti in merito all'attività oggetto della presente e ad impegnarsi a darne piena attuazione .

A tal fine dichiara, nel rispetto della D.G.R. n. 47-7790 del 30.10.2018, che il suo punto commerciale garantirà la presenza di un operatore sanitario, operante in nome e per conto del fornitore mediante un rapporto di dipendenza o professionale che ne assicuri la presenza per almeno 10 ore alla settimana, distribuite su almeno 5 giorni.

Tale operatore sanitario è identificabile come sotto riportato:

- Nome e cognome:
 - Indicare se titolare o dipendente; tipologia di contratto...
-
-
- Titolo di studio:

A riguardo si allega la autocertificazione del titolo di studio conseguito, utilizzando il modello allegato.

Ai fini del rimborso, chiede l'accredito mediante bonifico in c/c bancario n°:

.....

Istituto di Credito

Indirizzo:

filiale/agenzia:

Intestato a:

IBAN

Firma e timbro del titolare o legale rappresentante

.....

.....

(data)

Il/la Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in _____

n° _____ CAP _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere in possesso del seguente titolo di studio relativo all'attività da svolgere ai sensi della DGR n. 47-7790 del 30.10.2018:

conseguito in data ___/___/___ presso _____

con il seguente punteggio _____

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

_____ li, _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)*

Si allega copia di valido documento d'identità