

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 o essere autorizzati dalla ASL di competenza territoriale e devono essere inseriti nell'elenco degli esercizi autorizzati nel Servizio integrato, secondo le modalità indicate al punto successivo.

Gli esercizi autorizzati all'1/1/2019, 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'ASL di competenza territoriale 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'ASL di competenza territoriale a 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'autorizzazione 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, dovranno 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'autorizzazione e 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 degli esercizi autorizzati vengono accettate dall'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 i punti autorizzati nell'ambito del territorio di competenza territoriale. I punti autorizzati verranno successivamente fornite dal Settore stesso.

Tutti i soggetti autorizzati saranno inseriti nella gestione dell'attività.

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'atto di domanda.

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

- assicurare il completamento dell'attività, decorrente dal momento della ricezione della domanda;
- adottare alle date sotto indicate una determinazione aziendale di autorizzazione all'attività degli ausili per la gestione dell'attività a carico del Servizio Sanitario Regionale dalla quale siano rilevabili i seguenti elementi, a titolo indicativo e non esaustivo:
 - presa d'atto della situazione attuale e della necessità di autorizzazione prevista per il rilascio dell'attività a carico del SSR;
 - presa d'atto della situazione attuale e della necessità di autorizzazione per la gestione dell'attività a carico del SSR per i punti vendita che insistono nel territorio dell'ASL;
 - espressione dell'attività a carico del SSR e trasmissione al Settore Assistenza Farmaceutica, Integrativa e Protesica, 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.mingoa@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'adempimento di una cadenza massima entro un mese dalla presentazione della domanda.

L'atto 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 nella regione, nell'ambito del servizio integrato.

- MODIFICA DELLA REGISTRAZIONE NELL'ALBO

L'azienda autorizzata e inserita nell'Albo deve segnalare le 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'azienda). Effettuato il necessario, l'azienda dovrà effettuare 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 DELLA REGISTRAZIONE

L'azienda potrà revocare l'iscrizione commerciale da effettuarsi, nei seguenti casi:

- in caso di frode nella fornitura;
- in caso di grave, reiterata, negligenza nell'adempimento delle condizioni previste, dopo due contestazioni scritte;
- in caso di cessazione dell'attività, moratoria e di conseguenti atti di sequestro o di pignoramento a carico dell'azienda;
- in caso di cessione del contratto, cessione dell'azienda.

I soggetti autorizzati potranno, in ogni momento, chiedere la revoca dell'iscrizione dalla ASL territorialmente competente e la cancellazione dall'Albo.

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 0 0 0 0 0

nato/a 0 il... 0 0 0 in qualità di
titolare/legale rappresentante della ditta/società:

..... 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 ..

con sede legale in (indicare l'indirizzo completo)

..... 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 ..

Codice Fiscale/Partita IVA

..... 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 ..

Telefono 0 0 Cellulare 0 .0 Fax..... 0

mail 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

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

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 e s.m.i..

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

Istituto di Credito õ ..

Indirizzo: õ ..

filiale/agenzia: õ ..

Intestato a: õ ..

IBAN õ ..

Firma e timbro del titolare o legale rappresentante

í í

.....õ

(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 e s.m.i.:

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 di identità