



Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2
Sede Legale: Viale Donato Bramante 37 – Terni
Codice Fiscale e Partita IVA 01499590550

DETERMINA DIRIGENZIALE n. 0006105 del 10/10/2023

Proponente:
DIPARTIMENTO ASSISTENZA FARMACEUTICA

Oggetto:
RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER L'EROGAZIONE, CON ONERE A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, DEGLI ALIMENTI SENZA GLUTINE DI CUI AL REGISTRO NAZIONALE DEGLI ALIMENTI - ESERCIZIO COMMERCIALE SPAZIO CONAD, VIA MONTEFIORINO, 12 - 05100 TERNI - SOCIETÀ PIANETA COSPEA S.R.L.

Il Dirigente UO: Fausto Bartolini

Il Responsabile UO con la sottoscrizione della proposta di determina di pari oggetto num. Provv. 0003350 del 05/10/2023 a seguito dell' istruttoria effettuata, attesta che l'atto e' legittimo nella sostanza.

Hash.pdf (SHA256):9e03e4ee9d64779fdbee18d21fa10e8d2b227315865badba18c32cd118f96891

*Firme digitali apposte sulla proposta:
Nicoletta Ambrogi*

**Il Dirigente UO:
Fausto Bartolini**

DETERMINA DIRIGENZIALE

Normativa di riferimento:

- *DM 8 giugno 2001 “assistenza sanitaria integrativa relativa ai prodotti destinati ad una alimentazione particolare”*
- *Legge n. 123 del 4/07/2005 “Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia”*
- *DM 10 agosto 2018 “Limiti massimi di spesa per l'erogazione dei prodotti senza glutine, di cui all'art. 4, commi 1 e 2, della L. 4 luglio 2005, n. 123, recante: “Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia”*
- *DGR del 10/10/2011 n. 1141 “Prodotti senza glutine ai soggetti affetti da celiachia: ampliamento delle modalità di erogazione”*

Motivazione:

- *premesso che la Società Pianeta COSPEA srl, con sede legale in Via del Rame, snc – Ponte Felcino (PG), aveva già fatto richiesta nel 2015, di autorizzazione all'erogazione, con onere a carico del SSN, di prodotti senza glutine di cui al Registro Nazionale degli Alimenti, presso lo spazio dedicato all'interno dell'Ipermercato, denominato “Parafarmacia Conad Ipermercato”, di cui all'art.5 della Legge 248/2006, e concessa con DDG n. 5810 del 16/10/2015;*
- *La predetta Società ha presentato stessa istanza al Prot. Gen. di questa Azienda, nota prot. n. 204819 del 02/10/2023, riferita anche al settore alimentare dove collocare un reparto riservato ad alimenti per celiaci ivi inclusi gli alimenti di cui al Registro Nazionale degli Alimenti erogabili a carico del SSN;*
- *Vista la Normativa vigente in materia di assistenza ai soggetti malati di celiachia ed in particolare la DGR Umbria del 10/10/2011 n. 1141.*
- *Acquisita la richiesta di autorizzazione per l'erogazione dei sopra citati prodotti, da parte della Società Pianeta COSPEA srl, nella figura del legale rappresentante Sig. Giovanni Mastrantoni;*
- *Acquisita la dichiarazione di disponibilità di supporto informatico per la fornitura in formato elettronico del documento contabile*

DETERMINA

- *di estendere l'autorizzazione all'erogazione, con onere a carico del SSN, dei prodotti senza glutine del Registro Nazionale degli Alimenti di cui all'art.7 del DM8/06/2001, all'intero esercizio commerciale denominato “Spazio Conad”, ubicato nel Comune di Terni, Via Montefiorino, 12, alla Società titolare PIANETA COSPEA SRL.*

L' Istruttore
Dr.ssa Nicoletta Ambrogi

Il Responsabile del Procedimento
Dr.ssa Nicoletta Ambrogi

Il Direttore
Dipartimento Assistenza Farmaceutica
Dr. Fausto Bartolini

MODELLO FAC-SIMILE

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE
PER L'EROGAZIONE, CON ONERE A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE,
DEGLI ALIMENTI SENZA GLUTINE DI CUI AL REGISTRO NAZIONALE DEGLI ALIMENTI
 (Deliberazione della Giunta Regionale n. 1141 del 10/10 2011)

Al Direttore Generale
 Azienda USL N. 2..
 UMBRIA

OGGETTO: richiesta di autorizzazione per l'erogazione, con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale, degli alimenti senza glutine di cui al Registro Nazionale degli Alimenti.

Il/la sottoscritto/a GIOVANNI MASTRANTONI
 nato/a MONTE SAN GIOVANNI CAMPANO (FR)
 il 16/11/1966, in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta/società
PIANETA COSPEA SRL
 con sede legale in (indicare l'indirizzo completo) VIA DEL RAME, SNC 06134
PONTE FELCINO (PG)
 Codice Fiscale/Partita IVA 01967130541
 Telefono 0744/206911 Fax 0744/ 206924 e-mail planetacospea@actaliscertymail.it (PEC)
 PEC

CHIEDE

- di essere autorizzato ad erogare, con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale, i prodotti senza glutine del Registro Nazionale degli Alimenti di cui all'art. 7 del DM 8 giugno 2001, a favore delle persone affette da celiachia, su presentazione dei moduli autorizzativi rilasciati dall'Azienda USL agli assistiti aventi diritto.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste e punite dagli artt. 75-76 del D.P.R. n.445/2000 per le ipotesi di falsità in atti

× **DICHIARA**

1.* di essere titolare/rappresentante legale dell'esercizio commerciale, denominato _____
 SPAZIO CONAD

riconducibile alla seguente fattispecie di cui alla normativa vigente in materia di commercio:

esercizio di vicinato
media struttura di vendita
☒ *grande struttura di vendita*

Ubicato nel Comune di TERNI via _____
MONTEFIORINO, 12 Provincia TR
 CAP 05100, tel. _____ fax _____
 indirizzo e-mail paolo.bruschini@iper.pac2000a.it alberto.pasquini@iper.pac2000a.it

- che l'esercizio commerciale rientra nella fattispecie di cui all'art. 5 della L. 248/2006 SI XNO

2. * di essere in possesso del provvedimento autorizzatorio o abilitativo commerciale per l'attività di vendita di prodotti appartenenti al settore merceologico alimentare/misto (riportare estremi provvedimento/comunicazione) AUTORIZZAZIONE AMM.VA UNICA NR 126715/0 DEL 09/12/2019

e di essere pertanto in possesso dei relativi requisiti di legge;

3.* di garantire la presenza durante l'intero arco di apertura dell'esercizio commerciale di almeno uno dei referente/i dell'attività di gestione ed erogazione dei prodotti in oggetto, in possesso di formazione specifica, di seguito individuati:

sig./sig.ra/i/e FARMACISTI: DICORATO VIVIANA, NACCI ANNA, GANOZZI SIMONA ,FORNACI FRANCESCA.

4.* Che il responsabile dell'esecuzione di eventuali provvedimenti di ritiro/sospensione dal commercio o sequestro dei prodotti in oggetto, comunicati dall'Azienda USL o da altra Autorità competente è il sig./sig.ra MAURIZIO CIFERRI (DIRETTORE)

(specificare un solo nominativo)

A tale riguardo specifica, qualora diverso da quello sopra riportato, il seguente recapito mail/fax a cui devono essere inviate le suddette segnalazioni paolo.bruschini@iper.pac2000a.it

alberto.pasquini@iper.pac2000a.it

DICHIARA altresì

di accettare ed impegnarsi al rispetto delle seguenti condizioni:

- garantire l'erogazione, a carico del SSN, dei prodotti senza glutine limitatamente a quelli inclusi nel Registro Nazionale di cui all'art. 7 del D.M. 8 giugno 2001, applicando al SSN uno sconto almeno del 7% sul prezzo di vendita al pubblico, che deve essere esposto in modo chiaro e leggibile per consentire agli assistiti di valutarne la convenienza rispetto al tetto di spesa mensile stabilito dalla normativa vigente;
- garantire un'adeguata gestione dei prodotti senza glutine del Registro Nazionale, compresi i surgelati qualora detenuti, nel rispetto delle vigenti normative in materia;
- erogare i prodotti in oggetto su presentazione, da parte degli assistiti, dei moduli rilasciati dalla Azienda USL, relativi al mese in corso di validità, verificando e garantendo la corretta e chiara compilazione dei moduli in ogni parte, secondo normativa, e riportando sui medesimi il timbro dell'esercizio commerciale, la data di erogazione e le fustelle a lettura ottica presenti sulle confezioni erogate;

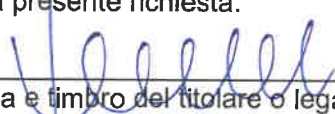
(barrare la voce di interesse)

- per gli *esercizi di vicinato*: garantire la dovuta informazione agli assistiti, rendendo disponibile per la consultazione l'ultimo aggiornamento del richiamato Registro Nazionale degli Alimenti, disponibile nel sito Internet del Ministero della Salute, nonché assicurare uno spazio dedicato all'esposizione di tali prodotti;
- Xper le *medie e grandi strutture di vendita*: attivare un'apposita postazione di informazione e di controllo, da posizionare nel percorso dei clienti, prima della cassa, rendendo disponibile per la consultazione l'ultimo aggiornamento del richiamato Registro Nazionale degli Alimenti, pubblicato nel sito Internet del Ministero della Salute, nonché assicurare uno spazio dedicato all'esposizione di tali prodotti;
- assicurare che il modulo o, nel caso di utilizzo simultaneo di più moduli, la somma dei moduli, venga speso per importi uguali o inferiori. L'utilizzo del modulo/i per importi inferiori non dà diritto a resti, fermo restando che rimane a carico dell'utente l'eventuale differenza in eccesso rispetto al valore dei moduli stessi;

- accettare unicamente moduli presentati nell'arco del mese di validità riportato negli stessi;
- presentare, ai fini del rimborso, alla Azienda USL, entro il giorno 10 del mese, la fatturazione del corrispettivo dei prodotti erogati, unitamente ai moduli riportanti le fustelle a lettura ottica presenti sulle confezioni dei prodotti erogati, nel rispetto delle seguenti modalità:
 - elencazione analitica dei prodotti erogati, con l'indicazione del rispettivo prezzo al pubblico, sconto praticato, aliquota IVA applicata;
 - importo fatturato corrispondente ai dati analiticamente riportati nella fattura;
 - inoltro delle fatture entro e non oltre 12 mesi dal mese di riferimento dei moduli utilizzati, prendendo atto che non verranno rimborsati prodotti erogati mediante moduli riportanti data anteriore ai 12 mesi;
- fornire alla Azienda USL, contestualmente alla fatturazione mensile, i dati quali-quantitativi dei moduli spediti, secondo il tracciato informatico vigente;
- garantire, nel rispetto della normativa sulla privacy, la riservatezza di qualsiasi informazione rilevata nei confronti degli assistiti, nell'ambito dello svolgimento delle procedure, non essendo consentiti altri usi dei dati rilevati;
- non effettuare concorsi, operazioni a premio e vendite sotto costo aventi ad oggetto i prodotti senza glutine erogati con onere a carico del SSN.

Ai fini del rimborso, chiede l'accredito mediante bonifico in c/c bancario
 N.c/c _____ Istituto di Credito INTESA SAN PAOLO
 indirizzo CORSO TACITO filiale/agenzia TERNI
 Intestato a PIANETA COSPEA SRL
 IBAN IT 59E0306914405100000014436

Autorizza, per le finalità di cui alla presente modulistica, il trattamento dei dati personali conferiti anche mediante modalità informatiche e telematiche (art. 13, D.Lgs n. 196/2003).
 Dichiaro di essere a conoscenza delle disposizioni regionali vigenti in merito all'attività oggetto della presente richiesta.


 Firma e timbro del titolare o legale rappresentante

Il, TERNI 29/09/2023

Alla presente allego i seguenti documenti:

X copia del documento di riconoscimento in corso di validità del titolare/legale rappresentante della ditta/società;

X copia del documento di riconoscimento in corso di validità del responsabile di cui al punto 4.

* nel caso di ditta/società titolare di più punti vendita, i punti 1, 2, 3, 4, devono essere compilati per ciascun punto vendita

