



U.O. ATTIVITA' AMMINISTRATIVA DISTRETTUALE  
Via Montescaglioso - 75100 Matera  
Tel. 0835/253676 - Fax 0835/253675

A tutti i beneficiari possessori di Card prepagata per Celiaci

**Oggetto: Disposizioni sulle modalità di erogazione e rendicontazione degli assistiti**

Con DGR n. 821 del 12 luglio 2016 e Determina dirigenziale n. 13 AN.2016/D.0056 del 29 dicembre 2016, la Regione Basilicata ha definito le nuove modalità di erogazione dei prodotti specifici senza glutine per i pazienti affetti da malattia celiaca, nei limiti della spesa mensile indicati nella tabella I. di cui al D.M. 4 maggio 2006 e successivi aggiornamenti. L'Azienda Sanitaria Locale di Matera rilascia agli aventi diritto un documento di tipo magnetico (**card prepagata**) che può essere utilizzato per l'acquisto di prodotti privi di glutine presso i fornitori convenzionati (farmacie e negozi specializzati) e la grande distribuzione. Si evidenzia che detti prodotti sono erogati gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale **solo se inclusi nel Registro Nazionale dei prodotti senza glutine**, pubblicato e aggiornato periodicamente dal Ministero della Salute.

**MODALITÀ DI EROGAZIONE**

La card prepagata consente ai beneficiari l'utilizzo delle somme previste per l'acquisto esclusivo di prodotti senza glutine, su tutto il territorio nazionale.

All'inizio di ciascun trimestre (Gennaio/Aprile/Luglio/Ottobre) l'Azienda Sanitaria Locale di Matera provvederà ad integrare la disponibilità finanziaria della carta fino alla concorrenza della somma riconosciuta per ogni trimestre.

**RENDICONTAZIONE**

Ai sensi del D.G.R. n. 821 del 12/07/2016, recepito con Deliberazione Aziendale n. 1032 del 30/08/2016, è fatta richiesta a tutti gli utenti che usufruiscono di tale contributo di aver cura di conservare gli scontrini o ricevuta fiscale attestanti in modo dettagliato l'acquisto dei soli prodotti per celiaci.

Nel mese successivo al semestre di riferimento (Gennaio/Luglio), il titolare della carta deve presentare all'Ufficio Protocollo dell'Azienda Sanitaria di Matera la seguente documentazione:

1. Modello di Trasmissione Semestrale Scontrini allegato alla presente comunicazione
2. scontrini/fatture in originale attestanti l'acquisto di prodotti senza glutine
3. copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

L'Azienda Sanitaria effettuerà i necessari controlli per verificare il corretto utilizzo della card, che, si ribadisce, deve essere impiegata esclusivamente per l'acquisto di prodotti senza glutine. In caso di irregolarità accertate, le spese non conformi verranno detratte dalle successive ricariche trimestrali e, ove necessario, potrà essere richiesta la restituzione delle somme indebitamente utilizzate.

**IL MANCATO INVIO DI DETTA DOCUMENTAZIONE NEI TERMINI PREVISTI COMPORTERÀ LA SOSPENSIONE DEL REINTEGRO DELLA RICARICA TRIMESTRALE DELLA CARD FINO ALLA REGOLARIZZAZIONE DELLA POSIZIONE.**

Si evidenzia, infine, che l'assistito è tenuto a comunicare a quest'Azienda il cambio della propria residenza verso un comune fuori provincia:

- a mezzo e-mail a: [info.celiachia@asmbasilicata.it](mailto:info.celiachia@asmbasilicata.it).
- A mezzo posta ASM Matera, via Montescaglioso – Matera

Allegati: scheda riepilogativa con cadenza semestrale degli scontrini di acquisto di prodotti per celiaci

Il referente Ufficio Celiachia  
Dott. Farina Egidio

L' I.D.F. dell'U.O.C.  
"Attività Amministrative Distrettuali"  
Dott. Gianluca MARRESE

Il Direttore U.O.C.  
"Attività Amministrative Distrettuali"  
Dott. Conoci Antonio



Azienda Sanitaria Locale di Matera  
 "Dipartimento Integrazione Ospedale-Territorio"  
 U.O.C. Distretto Sanitario di Matera  
 Via Montescaglioso 2 - Matera

UOC Direzione Distretto Sanitario di Matera  
**"Ufficio Rimborsi e Contributi"**  
 info.celiachia@asmbasilicata.it

Sede Centrale - 1° piano  
 Via Montescaglioso 2  
 Matera

### MODELLO DI TRASMISSIONE CON CADENZA SEMESTRALE DEGLI SCONTRINI DI ACQUISTO DI PRODOTTI PER CELIACI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_, possessore della card prepagata "GLUTEN FREE", trasmette in allegato alla presente gli scontrini o ricevute fiscali attinenti ai prodotti attestati e finalizzati per celiaci relativi al semestre (1°/2°) \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_, distinti per singolo mese e come di seguito riepilogati:

| MENSILITA' | N° SCONTRINI ALLEGATI | IMPORTO SPESO |
|------------|-----------------------|---------------|
|            |                       |               |
|            |                       |               |
|            |                       |               |
|            |                       |               |
|            |                       |               |
|            |                       |               |

**Totale €** \_\_\_\_\_

Al tal fine, consapevole delle proprie responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi del D.P.R. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che l'importo di € \_\_\_\_\_ riferito al 1°/2° semestre dell'anno \_\_\_\_\_ è stato speso dallo scrivente esclusivamente per l'acquisto di prodotti alimentari con la dicitura **"senza glutine" o "privo di glutine" o "gluten free"**, specificamente formulati per celiaci (cod.esenzione 059).

In fede.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

**N.B.: si allegano scontrini - copia card prepagata - documento di riconoscimento.**