



Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria

ALL. 1

MODALITA' OPERATIVE PER LA FORNITURA GRATUITA DI PRODOTTI DIETETICI A FAVORE DELLE PERSONE AFFETTE DA NEFROPATIA CRONICA

Aventi diritto: Assistiti, residenti in Liguria, affetti da insufficienza renale cronica in terapia conservativa, stadio IV-V, in possesso di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per "Insufficienza Renale Cronica" (Cod 023).

Qualora l'assistito residente in Liguria sia domiciliato presso altra regione avrà diritto al rimborso purchè sia in possesso delle caratteristiche di cui sopra e con le modalità stabilite dalla Regione Liguria.

Soggetti prescrittori: Medici specialisti Nefrologi delle Strutture Territoriali /Ospedaliere Pubbliche della Regione Liguria e delle Strutture Territoriali /Ospedaliere Pubbliche autorizzate alla prescrizione dalla regione di appartenenza.

Modalità prescrittive: la prescrizione dovrà essere effettuata su apposito modulo tramite Sportello Polifunzionale (SP); ogni Medico specialista delle Strutture sopra citate della Regione Liguria dovrà essere abilitato al collegamento con lo SP e ricevere la necessaria formazione per la corretta compilazione del modulo elettronico. A tal fine ogni Struttura dovrà fornire a Liguria Digitale l'elenco dei Medici specialisti operanti presso ciascuna sede.

Il Medico specialista prescriverà sullo SP secondo le indicazioni contenute nell'allegato A della deliberazione n. 237 del 20/09/2018; la prescrizione sarà inviata per via informatica alla Segreteria del Distretto socio-sanitario di pertinenza, una copia cartacea sarà consegnata al paziente.

E' responsabilità del medico specialista, in base alle esigenze cliniche dell'assistito, definire la durata della prescrizione che **non potrà superare i 12 mesi**; trascorso tale periodo, sarà infatti necessario redigere un nuovo modulo di prescrizione.

In attesa dell'attivazione del programma informatico e della formazione del personale sanitario, ogni specialista nefrologo potrà effettuare la prescrizione utilizzando il **modulo cartaceo allegato** (vedi fac-simile, da integrare con i dati della struttura di appartenenza). Il modulo va compilato in tre copie; una sarà archiviata presso il centro prescrittore, una sarà inviata via email alla Segreteria del Distretto socio-sanitario di competenza dell'assistito e una copia cartacea sarà consegnata al Paziente.

Autorizzazione ed erogazione dei prodotti: l'assistito, con la prescrizione dello specialista nefrologo, dovrà recarsi dal medico funzionario del Distretto socio-sanitario di competenza per ottenere l'autorizzazione, ottenuta la quale potrà recarsi presso le farmacie e gli esercizi commerciali autorizzati per acquistare i prodotti prescritti.

Il paziente verrà rimborsato per un **importo massimo di 90 € al mese**, previa presentazione degli scontrini fiscali in originale attestanti l'acquisto degli alimenti aproteici così come prescritti dallo specialista. I prodotti non inseriti nella prescrizione non saranno oggetto di rimborso.

Rimborso: per ottenere il rimborso, l'assistito dovrà presentare mensilmente la domanda al Distretto di competenza (fac-simile allegato) allegando gli scontrini in originale dei prodotti acquistati. Il Distretto, fatte le opportune verifiche, procederà al rimborso.

N.B: PRESENTARE SCONTRINI "PARCANTI" E FUSTELLI PRODOTTI

MODULO REGIONALE PRESCRIZIONE/AUTORIZZAZIONE ALIMENTI APROTEICI

OGGETTO: Prescrizione ALIMENTI APROTEICI (DPCM 12/01/2017 art.14):

Cognome _____ Nome _____ Data di
nascita _____ Luogo di nascita _____

Indirizzo residenza _____

Comune di _____ C.F. _____ ASL di
appartenenza dell'assistito: _____

Domicilio sanitario (se diverso da indirizzo residenza) _____

Diagnosi:

Malattia Renale Cronica (stadio IV) ☐

Malattia Renale Cronica (stadio V) ☐

Codice Esenzione: 023

Si prescrivono i seguenti alimenti aproteici:

PRODOTTO	Quantità mensile
Pane (Kg)	
Fette biscottate (Kg)	
Pasta (Kg)	
Farina (Kg)	
Biscotti (Kg)	
Bevande (L)	

Validità della prescrizione mesi _____

Struttura di appartenenza

Timbro e Firma del Medico Specialista

Data _____

SI AUTORIZZA

Timbro e Firma del Medico Funzionario
del Distretto

Data _____

**Sistema Sanitario Regione Liguria**

RICHIESTA RIMBORSO ALIMENTI APROTEICI

DPCM 12/01/2017- Delibera di A.Li.Sa 237 del 20/09/2018)

II/La Sig./Sig.ra (RICHIEDENTE)

nato/a a (Prov.) il

CODICE FISCALE

Residente in Via n.

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 (R) DPR 445/2000):

COGNOME

NOME

II/La Sig./Sig.ra

CODICE FISCALE

Residente in Via n.

- ☐ rappresentante legale del richiedente: (specificare se tutore, procuratore, ecc.)
- ☐ persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela)

CHIEDE il rimborso degli alimenti aprotelci come da documenti in originale allegati.

Il rimborso potrà essere liquidato:

- ☐
- con accreditalento su Conto Corrente bancario o postale

Denominazione Banca o Banco Posta _____

Codice IBAN

[illegible]

Intestato a _____

- ☐ con assegno circolare

A tal fine allega documentazione in originale delle spese sostenute per un totale di n. _____ documenti.

DATA.....

FIRMA ASSISTITO.....