

3

# Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236

REGOLAMENTO AZIENDALE IN MATERIA DI PRESCRIZIONE, AUTORIZZAZIONE E FORNITURA DEI DISPOSITIVI PROTESICI PER I CITTADINI DELL'AZIENDA ULSS N. 9 SCALIGERA



Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236

# REGOLAMENTO AZIENDALE IN MATERIA DI PRESCRIZIONE, AUTORIZZAZIONE E FORNITURA DEI DISPOSITIVI PROTESICI PER I CITTADINI DELL'AZIENDA ULSS N. 9 SCALIGERA

# INDICE:

- 1. scopo campo di applicazione
- 1.1 gestione della procedura
- 2. requisiti
- 2.1 riferimenti legislativi
- 3. moduli collegati
- 4. parte generale
- 4.1 prestazioni di assistenza protesica ed aventi diritto
- 4.2 modalità di tenuta degli ausili
- 4.3 nomenclatore tariffario
- 4.4 riconducibilità
- 4.5 presidi extra tariffario
- 4.6 enti gestori di magazzino
- 4.7 registro regionale dei fornitori e procedure pubbliche di acquisto
- 5. diagramma di flusso
- 6. modalità operative
- 7. gestione del budget

Allegato

# **ASSISTENZA PROTESICA**

## 1. SCOPO, CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura è il risultato dell'esame di tutte le direttive precedenti e, tenendo conto della normativa nazionale e regionale vigente, descrive le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica nel territorio dell'ULSS 9 – Scaligera.

Le indicazioni di questo documento devono essere applicate da tutti gli operatori coinvolti nel processo: medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, medici specialisti, personale medico ed amministrativo del Distretto e personale dell'ente gestore del magazzino.

A partire dalla data di approvazione della presente, tutta la modulistica fino ad ora usata sarà superata dai moduli allegati (vedi elenco in paragrafo 3).

## 1.1 GESTIONE DELLA PROCEDURA

Redatta/Aggiornata da <sup>1</sup> :  Dirigente Ufficio Protesi Dr.ssa A.C. Scamperle	Verificata da <sup>2</sup> : Direttori di Distretto Dr. D. Zanon Dr. P. Costa Dr. R. Borin	Direttore UOC Dir. Amm. Territoriale Dr. G. Gatti	Approvata da: Direttore Amm. Dr. G. Cenci	Direttore San. Dr.ssa D. Signorelli
Firma	Firma	Firma	Firma	Firma
Collaboratori alla redazione : Dr. A. Moretto				
Dr. L. Zanfretta				
R. Antichi		<u></u>		

Indicare la funzione responsabile della redazione/ aggiornamento della procedura e dei suoi allegati e il nome e cognome della persona che ricopre tale funzione. Se la procedura è stata redatta da un gruppo di lavoro, è possibile indicare sotto la tabella i nominativi di tutti i componenti del gruppo collaboratori alla redazione. Anche in questo caso, però, al punto 1. bisogna indicare sempre un solo responsabile dell'aggiornamento periodico della procedura

Indicare la funzione responsabile della verifica e validazione dei contenuti della procedura e dei suoi allegati e il nome e cognome della persona che ricopre tale funzione.

# 2. REQUISITI

# 2.1 Riferimenti legislativi

Riferimento	Titolo	
D.M. 27 agosto 1999, n.332	Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN: modalità di erogazione e tariffe – in via residuale per le parti ancora vigentiD	
DPCM 12/01/2017	Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1 – comma 7 – del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502	
D.D.R. N. 02 DEL 03/01/2017	Gara d'appalto a mezzo procedura aperta per l'affidamento della fornitura di ausili previsti dal nomenclatore tariffario ex DM n. 332/1999 – elenchi 2 e 3	
D.D.R. N. 03 DEL 27/03/2018	Aggiornamento del Registro regionale degli erogatori di dispositivi protesici (elenco 1 DM n. 332/1999 – DPCM 12/01/2017 – allegato 12 art. 4 - norme transitorie	
DGRV n. 1433 del 15/05/2007	DPCM 29/11/2001 – definizione dei livelli essenziali di assistenza – modificato dal DPCM 05/03/2007 - disposizioni applicative	
D.D.R. n. 103 del 08/08/2017	Centri regionali autorizzati alla prescrizione del trattamento domiciliare con Pressione positiva continua nelle vie aeree (CPAP) e nella sindrome OSAS	
D.G.R. n. 1303 del 16/08/2017	DPCM 12/01/2017 – recepimento e prime disposizioni attuative	
DGR n. 3724 del 20/12/2002	DM332/99 – Procedure per acquisto dei ddispositivi di cui agli elenchi 2 e 3 del nomenclatore tariffario	
D.D.R. n. 58 del 15/06/2016	Linee di indirizzo regionali per l'utilizzo di sfinteri urinari – artificiali – sling e neurostimolatori sacrali nell'incontinenza urinaria e fecale.	
D.G.R. 14/05/2004, n. 1384	Linee guida regionali sull'assistenza domiciliare ventilatoria in soggetti con insufficienza ventilatoria cronica	
D.G.R n 1274 del 09/08/2016	Linee guida regionali sul trattamento a domicilio con CPAP nelle sindrome da apnee ostruttive del sonno	
D.D.R. n. 64 del 21/05/2018	Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza CPAP - OSAS	

# 3. MODULI COLLEGATI

1	CPAP – MODULO REGIONE VENETO
2	ELENCO AUSILI DIMISSIONI PROTETTE
3	ELENCO AUSILI PRESCRIVIBILI MMG
4	ELENCO AUSILI ROTTAMATI
5	FOGLIO RITIRO PRATICA CON DELEGA
6	INFORMATIVA PER DIMISSIONI PROTETTE
7	MODULO RIFIUTO FORNITURA
8	NOTA COMUNICAZIONE DINIEGO FORNITURA
9	NOTA CONSEGNA BENI IN COMODATO
10	PRESCRIZIONE PROTESI IN DIMISSIONI PROTETTE
11	PRESCRIZIONE PROTESI MMG
12	RICHIESTA RIPARAZIONE
13	RICHIESTA AUSILI UTENTE

14	SCHEDA PARERE COMMISSIONE PROVINCIALE
15	PRESCRIZIONE PROTESI – MEDICI SPECIALISTI
16	VERBALE RIPARAZIONE AUSILI
17	INFORMATIVA PRIVACY
18	ELENCO GIORNALIERO PRATICHE RICEVUTE

#### 4. PARTE GENERALE

#### 4.1 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PROTESICA ED AVENTI DIRITTO

- a. erogazione dei dispositivi contenuti nell'allegato 5 al DPCM 12/01/2017 agli assistiti di seguito indicati, in connessione alle menomazioni e disabilità specificate: le persone con invalidità civile, di guerra e per servizio, le persone con cecità totale o parziale o ipovedenti gravi ai sensi della legge 3 aprile 2001, n. 138 e le persone sorde di cui all'art. 1, comma 2, della legge 12 marzo 1999, n. 68, in relazione alle menomazioni accertate dalle competenti commissioni mediche;
  - I. i minori di anni 18 che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di un'invalidità grave e permanente;
  - II. le persone di cui alla lettera a) affette da gravissime patologie evolutive o degenerative che hanno determinato menomazioni permanenti insorte in epoca successiva al riconoscimento dell'invalidità, in relazione alle medesime menomazioni, accertate dal medico specialista;
  - III. le persone che hanno presentato istanza di riconoscimento dell'invalidità cui siano state accertate, dalle competenti commissioni mediche, menomazioni che, singolarmente, per concorso o coesistenza, comportano una riduzione della capacità lavorativa superiore ad un terzo, in relazione alle suddette menomazioni risultanti dai verbali di cui all'art. 1, comma 7, della legge 15 ottobre 1990, n. 295;
  - IV. le persone in attesa di accertamento dell'invalidità per i quali il medico specialista prescrittore attesti la necessità e urgenza di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio per la tempestiva attivazione di un piano riabilitativo-assistenziale, in relazione alle menomazioni certificate ai fini del riconoscimento dell'invalidità;
  - le persone ricoverate in una struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, V. per le quali il medico responsabile dell'unità operativa certifichi la presenza di e permanente e la necessità e l'urgenza una menomazione grave dell'applicazione di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della del dimissione, per l'attivazione tempestiva o la conduzione riabilitativo-assistenziale. Contestualmente alla fornitura della protesi o dell'ortesi deve essere avviata la procedura per il riconoscimento dell'invalidita';
  - VI. le persone amputate di arto, le donne con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria ovvero che abbiano subito un intervento di mastectomia e le persone che abbiano subito un intervento demolitore dell'occhio, in relazione alle suddette menomazioni;

VII. le persone affette da una malattia rara di cui all'allegato 7 del DPCM 12/01/2017, in relazione alle menomazioni correlate alla malattia;

#### b. fornitura temporanea:

Le regioni e le province autonome o le aziende sanitarie locali possono fornire dispositivi di serie di cui all'elenco 2B dell'allegato 5 alle persone con grave disabilità transitoria, assistite in regime di ospedalizzazione domiciliare, di dimissione protetta o di assistenza domiciliare integrata, su prescrizione dello specialista, per un periodo massimo di 60 giorni, eventualmente prorogabile, nei casi in cui le medesime regioni o aziende sanitarie locali abbiano attivato servizi di riutilizzo dei suddetti dispositivi.

Qualora i dispositivi siano prescritti, per motivi di necessità e urgenza, nel corso di ricovero presso strutture sanitarie accreditate, pubbliche o private, ubicate fuori del territorio della azienda sanitaria locale di residenza dell'assistito, la prescrizione è inoltrata dalla unità operativa di ricovero all'azienda sanitaria locale di residenza, che rilascia l'autorizzazione tempestivamente, anche per via telematica.

Limitatamente ai dispositivi inclusi nell'elenco 1 dell'allegato 5, in caso di silenzio dell'azienda sanitaria locale, trascorsi cinque giorni dal ricevimento della prescrizione, l'autorizzazione si intende concessa. In caso di autorizzazione tacita il corrispettivo riconosciuto al fornitore è pari alla tariffa o al prezzo fissati dalla regione di residenza dell'assistito.

Hanno diritto ai dispositivi provvisori e temporanei le donne con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria ovvero che abbiano subito un intervento di mastectomia, le persone con enucleazione del bulbo oculare. Le persone con amputazione di arto hanno diritto al dispositivo provvisorio in alternativa al dispositivo temporaneo.

# c. fornitura protesi di riserva

L'azienda sanitaria locale può autorizzare la fornitura di una protesi di riserva per le persone con amputazione di arto. Nei confronti di altri soggetti per i quali la mancanza del dispositivo impedisce lo svolgimento delle attività essenziali della vita, l'azienda sanitaria locale è tenuta a provvedere immediatamente alla sua eventuale riparazione o sostituzione.

#### d. invalidi del lavoro

i dispositivi dovuti ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, sono erogati dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (Inail) con spesa a carico dell'Istituto, secondo le indicazioni e le modalità stabilite dall'Istituto stesso.

# e. soggetti affetti da gravissime disabilità

In casi eccezionali, per i soggetti affetti da gravissime disabilità, le aziende sanitarie locali possono garantire l'erogazione di protesi, ortesi o ausili.

## f. sostituzione dei dispositivi

L'azienda sanitaria locale autorizza la fornitura di nuovi dispositivi inclusi nell'elenco 1 dell'allegato 5, in favore dei propri assistiti di età superiore a 18 anni, quando siano trascorsi i tempi minimi di rinnovo riportati, per ciascuna classe, nel medesimo elenco e in ogni caso quando sussistono le condizioni di cui alla lettera a). Per i dispositivi forniti agli assistiti di età inferiore a 18 anni, non si applicano i tempi minimi di rinnovo e l'azienda sanitaria locale autorizza le sostituzioni o modificazioni dei dispositivi erogati in base ai controlli clinici prescritti e secondo il piano riabilitativo-assistenziale. La fornitura di nuovi dispositivi può essere autorizzata nei casi di:

particolari necessità terapeutiche o riabilitative o modifica dello stato psicofisico dell'assistito, sulla base di una dettagliata relazione del medico prescrittore allegata alla prescrizione che attesti, con adeguata motivazione,

- l'inadeguatezza dell'ausilio in uso e la necessità del rinnovo per il mantenimento delle autonomie della persona nel suo contesto di vita;
- rottura accidentale o usura, non attribuibili all'uso improprio del dispositivo, a grave incuria o a dolo, cui consegue l'impossibilità tecnica o la non convenienza della riparazione ovvero la non perfetta funzionalità del dispositivo riparato, valutate dall'azienda sanitaria locale anche con l'ausilio di tecnici di fiducia.

Non è prevista la fornitura di nuovi dispositivi nel caso di smarrimento se non dopo aver raggiunto il tempo minimo di rinnovo degli stessi ,tenuto conto, in particolare, per le protesi acustiche un tempo minimo di rinnovo pari a 5 anni.

Sono fatti salvi i benefici già previsti dalle norme in vigore in favore degli invalidi di guerra e categorie assimiliate.

Per ciascuno dei propri assistiti che fruisca delle prestazioni di assistenza protesica, l'Azienda ULSS è tenuta ad aprire e a mantenere aggiornata una scheda/fascicolo, contenente la documentazione attestante la condizione di avente diritto, le prestazioni

## 4.2 Modalità di tenuta degli ausili

L'assistito è responsabile della custodia e della cura della protesi, dell'ortesi o dell'ausilio tecnologico.

#### 4.3 Nomenclatore Tariffario

Il Nomenclatore tariffario dei dispositivi protesici (DPCM 12/01/2017) classifica i dispositivi in 3 elenchi:

## Elenco 1

- dispositivi (protesi, ortesi e ausili tecnici) costruiti o allestiti su misura su misura da un professionista abilitato dalla specifica professione sanitaria o arte sanitaria

#### Elenco 2/A

- dispositivi (ausili tecnici) di serie la cui applicazione prevede un professionista sanitario abilitato.

## Elenco 2/B

- dispositivi (ausili tecnici) di serie – pronti per l'uso la cui applicazione non prevede un professionista sanitario abilitato.

Si precisa che per i dispositivi degli elenchi 2, nelle more del completamento della gara regionale, l'acquisizione avverrà tramite il Servizio Economato (Ufficio Acquisiti/appalti) o tramite Ditta esterna iscritta nell'apposito elenco regionale dei fornitori.

Si stabilisce, inoltre, di prevedere la **CESSIONE IN COMODATO** dei dispositivi degli elenchi 2/A e 2/B per i quali sia possibile il riutilizzo, allo scopo di conseguire economie di gestione, previo comunque l'obbligo della azienda ULSS cedente di garantire la perfetta funzionalità e sicurezza dei dispositivi e di fornire all'assistito le istruzioni previste dalla normativa vigente.

L'istituto della cessione in comodato d'uso al paziente è adottabile per i presidi ascrivibili agli elenchi 2/A e 2/B, garantendo comunque la qualità del servizio.

# 4.4 Riconducibilità

(13)

(art. 17 - c. 5 - DPCM 12/01/2017)

Qualora l'assistito, al fine di soddisfare specifiche e apprezzabili necessità derivanti dallo stile di vita o dal contesto ambientale, relazionale o sociale, richieda, in accordo con il medico, un dispositivo appartenente a una delle tipologie descritte negli elenchi allegati al DPCM 12/01/2017, con caratteristiche strutturali o funzionali o estetiche non indicate nella descrizione, il medico effettua la prescrizione riportando le motivazioni della richiesta, indicando il codice della tipologia cui il dispositivo appartiene e informando l'assistito sulle sue caratteristiche e funzionalità riabilitative-assistenziali.

L'azienda sanitaria locale di competenza autorizza la fornitura. L'eventuale differenza tra la tariffa o il prezzo assunto a carico dall'azienda sanitaria locale per il corrispondente dispositivo incluso negli elenchi ed il prezzo del dispositivo fornito rimane a carico dell'assistito; parimenti, rimane a carico dell'assistito l'onere di tutte le prestazioni professionali correlate alle modifiche richieste o alle caratteristiche peculiari del dispositivo fornito.

Nel caso di presidio riconducibile, verrà riconosciuta la proprietà a favore dell'assistito solo quando lo stesso avrà contribuito al pagamento dell'ausilio in misura superiore al 50% rispetto al valore del contributo erogato dall'ULSS.

Per i presidi riconducibili verrà erogato il contributo stabilito dal nomenclatore vigente o da apposita gara regionale ovvero sulla base della miglior offerta acquisita dal'Ufficio Protesi del Distretto di residenza dell'assistito

#### 4.5 Presidi Extra Tariffario

(AR. 18 – C. 8 – DPCM 12/01/2017)

Inoltre, in casi eccezionali, per soggetti affetti da gravissime disabilità, le Aziende Sanitarie possono garantire l'erogazione di protesi – ortesi – ausili non appartenenti agli elenchi predetti una volta autorizzati dall'apposita commissione.

#### 4.6 Enti Gestori di Magazzino

La manutenzione dei dispositivi protesici degli elenchi 2/A e 2/B, dati in comodato d'uso, è a carico dell'amministrazione tramite l'Ente Gestore del Magazzino e secondo quanto previsto dal contratto di aggiudicazione, mentre la manutenzione delle apparecchiature elettromedicali (elenco 2/B), nelle more della gara regionale, di proprietà dell'Azienda ULSS 9 è a carico dell'Ingegneria clinica.

## 4.7 Registro Regionale dei Fornitori e Procedure Pubbliche di Acquisto

Con il D.D.R. n. 03 in data 27/03/2018, la Regione Veneto ha deliberato il provvedimento attuativo del DPCM 12/01/2017, stabilendo l'adozione di un **Registro regionale comprendente i fornitori** operanti nella Regione Veneto con l'offerta di presidi di cui all'Elenco 1.

Tale registro viene annualmente aggiornato con un Decreto del Dirigente Regionale della programmazione Socio sanitaria

Per quanto riguarda invece i dispositivi protesici e gli apparecchi inclusi rispettivamente agli elenchi 2/A e 2/B del Nomenclatore, il DPMC 12/01/2017 prevede che i prezzi corrisposti dalle Aziende ULS siano determinati mediante procedure pubbliche di acquisto espletate secondo la normativa vigente.

La Regione Veneto, dopo aver dato le prime disposizioni applicative, con il DGR n. 83 del 18/1/2000 ha stabilito, tra l'altro le condizioni contrattuali che dovranno essere necessariamente presenti e che di seguito vengono sinteticamente riportate:

- un adeguato livello di servizio

- la capillarità della distribuzione dei dispositivi protesici
- il rispetto degli standard di qualità previsti dal nomenclatore
- la disponibilità di una gamma di modelli idonei a soddisfare le specifiche esigenze degli assistiti.

In seguito con la DGR n. 3724 del 20/12/02 la Regione Veneto ha approvato la adozione di una "scheda requisiti ausilio". Tale scheda definisce gli elementi di informazione che debbono essere obbligatoriamente resi da chiunque intende fornire un ausilio tecnico con costi a carico del servizio sanitario nazionale, quali i requisiti distintivi di prescrivibilità, normativi, funzionali, tecnici e di servizio di ciascuna fornitura.

Qualora si renda necessario, il fornitore dovrà produrre la scheda tecnica recante la "marca – modello" del presidio prescritto.

## 4.8 Fornitura di CPAP

Per la fornitura degli ausili di cui al presente paragrafo, la Regione Veneto ha provveduto a dare opportune indicazioni in merito, nonché - con Decreto n. 64 DEL 21/05/2018 - ha disposto l'adozione di una specifica modulistica.

Ciò premesso, si ravvisa la necessità di riassumere di seguito le principali indicazioni utili alla gestione di una pratica riguardante la fornitura dell'ausilio in argomento:

#### - DESTINATARI

- pazienti con invalidità accerta per OSAS;
- pazienti con invalidità pari al 100% senza diagnosi OSAS per i quali il prescrittore accerta tale diagnosi e certifica la stessa quale patologia gravissima – evolutiva o degenerativa permanente;
- persone con domanda di invalidità presentata per le quali il prescrittore accerta la necessità e l'urgenza del presidio;
- persone ricoverate per le quali venga certificata la diagnosi di patologia grave e permanente; contestualmente è necessario l'avvio della domanda di invalidità che verrà presentata all'Ufficio Protesi competente;
- pazienti già in possesso di CPAP che chiedano il rinnovo in possesso di relativa nuova prescrizione;
- persone che richiedono il "consumabile" in possesso di specifica prescrizione da parte del medico specialista

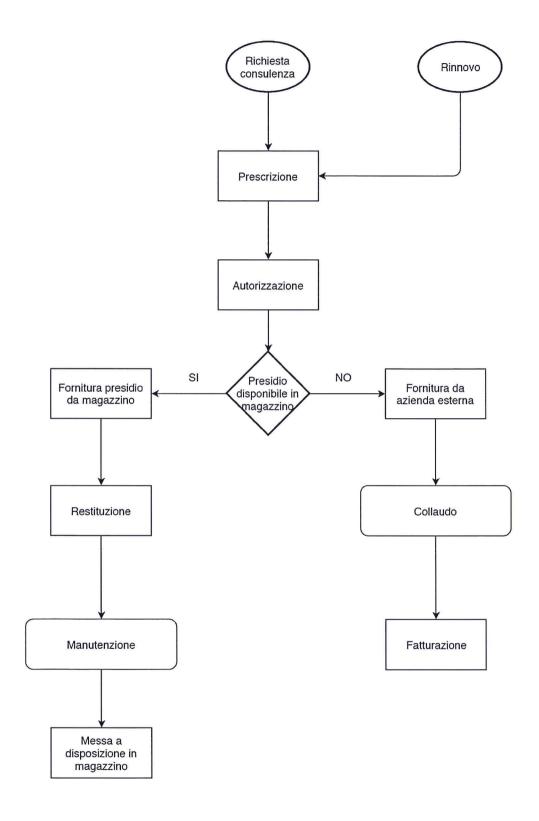
# - PROGRAMMA TERAPEUTICO

- indicare il significato della prescrizione
- fornire i dati strumentali
- fornire la titolazione ed efficacia della pressione scelta;
- indicare le modalità di utilizzo del trattamento ventilatorio avente durata maggiore di 8 ore/die

#### - CENTRO PROPONENTE

 presso il Centro Proponente verrà archiviata la documentazione probatoria degli eventi ostruttivi e lo stesso provvederà al follow – up che attesta l'aderenza alla terapia

# 5. DIAGRAMMA DI FLUSSO



# 6. MODALITA' OPERATIVE

Responsabile	Modalità operative	Documenti
RICHIESTA	Troumen operative	2004
Medico specialista del SSN, dipendente o convenzionato, competente per tipologia di menomazione o disabilità	La prescrizione(moduli 11 e 15)/pianoterapeutico dei dispositivi protesici è redatta, a seguito della verifica della tipologia e grado dell'invalidità, da un medico specialista del Ssn, dipendente o convenzionato, non in attività libero professionale competente per tipologia di menomazione o disabilità.	prescrizione/programma terapeutico,
	Il medico specialista, in seguito ad una completa valutazione clinica e strumentale dell'assistito compila la parte prescrizione del modulo per la fornitura di protesi indicando: - data di prescrizione - dati anagrafici/residenziali dell'assistito - diagnosi dettagliata - dispositivo prescritto, COMPLETO DI CODICE IDENTIFICATIVO riportato nel nomenclatore in vigore ed eventuali adattamenti necessari per la sua personalizzazione - programma terapeutico di utilizzo del dispositivo comprendente il significato terapeutico e riabilitativo, le modalità, i limiti e la prevedibile durata di impiego del dispositivo, le possibili contro indicazioni e le modalità di verifica del dispositivo in relazione all'andamento terapeutico e per ausili su misura e rinnovi anticipati allegare relazione dettagliata	
	Per tutti gli ausili previsti nell'elenco 1 è obbligatorio il collaudo da parte del medico prescrittore entro 20 giorni dalla fornitura.  Ogni prescrizione/piano terapeutico deve riportare timbro e firma dello	
	specialista proscrittore e timbro e firma della struttura pubblica o convenzionata.	
Medici di assistenza primaria (MMG e PLS)	I Medici di assistenza primaria sono autorizzati a prescrivere gli AUSILI PREVISTI NELL'ELENCO ALLEGATO (MODULO N. 3), solo in presenza di certificato di invalidità civile accertata e per pazienti non trasportabili con mezzo ordinario in situazione di gravità.	Prescrizione, programma terapeutico

Responsabile	Modalità operative	Documenti
Utenti	Tutte le prescrizioni devono essere consegnate allo sportello del Distretto di appartenenza, per essere successivamente inoltrate agli Uffici autorizzatori.	Prescrizione
Medici ospedalieri	I Medici responsabili della UO di dimissione, nel caso di ricoverati in una struttura sanitaria che abbiano URGENTEMENTE necessità di dispositivo protesico, per permettere al paziente con una menomazione grave e permanente di lasciare l'ospedale con la protesi o l'ausilio che gli è indispensabile, devono obbligatoriamente far pervenire le richieste, agli uffici protesi delle sedi distrettuali, almeno TRE GIORNI lavorativi prima della dimissione utilizzando il modello in allegato. (MODULO N. 10)  Per la prescrizione il Medico Ospedaliero utilizzerà i presidi previsti nell'allegato Modulo n. 2.  Inoltre il Medico Prescrittore consegnerà al paziente o ai relativi familiari una scheda informativa riguardante la tipologia di presidi erogati ed altre indicazioni da seguire (Modulo n. 6).  PRESCRIZIONI RELATIVE A PROTESI – ORTESI – AUSILI DA PARTE DEL RESPONSABILE UO OSPEDALIERA PER LA CONDUZIONE DEL PIANO RIABILITATIVO ASSISTENZIALE:  a) nella fase di prima applicazione della presente procedura, la prescrizione verrà consegnata al paziente o ad un suo delegato per essere autorizzata entro un termine massimo di 5 GIORNI dalle competenti sedi;  b) nella fase successiva, quando sarà compiutamente a regime la procedura in parola, la richiesta del medico prescrittore verrà inoltrata a mezzo protocollo informatico alle competenti sedi autorizzative;  c) in entrambe le predette circostanze il paziente potrà decidere se la consegna degli ausili avvenga presso la sede di	Richiesta firmata.
Utente	ricovero o a domicilio.  In questa fattispecie, l'utente che non ha già ottenuto l'invalidità civile, dovrà presentare allo sportello del Distretto di appartenenza, entro il termine di giorni 20 dalla consegna degli ausili, copia	Richiesta certificato di invalidità civile

ıt.

Responsabile	Modalità operative	Documenti
	della richiesta di invalidità presentata.	
PREVENTIVO		
Utente	Per presidi non acquistati direttamente dall'Azienda Sanitaria, il preventivo viene acquisito direttamente dall'utente rivolgendosi ad una ditta esterna iscritta nel registro regionale.	Preventivo
AUTORIZZAZIO	l <b>NE (</b> L'autorizzazione alla fornitura è rilasciata dall'a	azienda ULSS di residenza dell'assistito.)
Utente	L'assistito o un suo incaricato si presenta	,
	presso la sede distrettuale di competenza con la prescrizione(11/15) in originale e l'eventuale preventivo. Compila e consegna la domanda(13) di fornitura di protesi e gli viene rilasciato IL FOGLIO "RITIRO PRATICA" CHE ESPLICITA LE MODALITA' DI EROGAZIONE E CONTIENE GLI ELEMENTI PER L'EVENTUALE DELEGA(modulo n. 5)	Domanda fornitura protesi, foglio ritiro pratica, delega al ritiro, autorizzazione
	Gli assistiti o loro delegati, muniti di delega, completa di copia dei documenti d'identità del delegato e del delegante, ritirano la prescrizione autorizzata per i presidi di cui agli elenchi 1 e 2/A e 2/B del DPCM 12/01/17.	
	Per i presidi degli elenchi 2, disponibili da magazzino o da gara, viene consegnata copia dell'autorizzazione all'assistito o a suo delegato dal gestore di magazzino al momento della consegna, unitamente ad una nota di consegna (modulo n. 9). Anche in questo caso, se l'assistito non può effettuare personalmente il ritiro, la persona incaricata deve presentarsi con delega firmata dal paziente e copia dei documenti d'identità.(modulo n. 5)	
Operatore del Distretto (sportello ufficio amministrativo)	L'operatore del Distretto verifica:  - la completezza della compilazione della prescrizione e della restante modulistica con particolare attenzione all'esistenza del codice identificativo del presidio  - la presenza del verbale di invalidità, solo per la prima richiesta  - l'indicazione di almeno due numeri di telefono(vedi modulo n. 13)	

Responsabile	Modalità operative	Documenti
	Compila un elenco giornaliero delle pratiche ricevute (modulo n, 18)con la seguente intestazione:  • Pratiche protesiche del  • Prot. n	Elenco giornaliero (modulo n. 18)
Operatore del l'ufficio protesi	Per ogni assistito, l'operatore dell'Ufficio Protesi apre, se non presente, la scheda/fascicolo personale cartacea ed informatica. L'operatore deve porre particolare attenzione all'inserimento del numero di telefono dell'assistito e dei dati del prescrittore. Qualora non vi fosse la codifica di quest'ultimo lo segnala nel campo note.  Nella fase di inserimento l'operatore ricontrolla la presenza di tutte le informazioni necessarie e la loro correttezza.	Fascicolo personale dell'utente.  Manuale sull'utilizzo del programma informatico
	L'operatore informa per iscritto tempestivamente l'assistito in merito alle pratiche che vanno in commissione e/o dell'eventuale rifiuto dell'autorizzazione. (modulo n. 8)	Comunicazione all'utente(modulo n. 8)
Medico autorizzatore	La prescrizione e la relativa autorizzazione dovranno essere , firmate dal Medico autorizzatore e l'autorizzazione dovrà essere rilasciata entro massimo venti giorni dal ricevimento della richiesta allo sportello distrettuale.  Al momento del rilascio dell'autorizzazione il medico verifica l'appropriatezza e la corrispondenza alle linee guida aziendali e valuta la compatibilità dell'invalidità con la diagnosi presente nella prescrizione, l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione	Autorizzazione/non autorizzazione Relazione dettagliata in caso di rifiuto (8)

Responsabile	Modalità operative	Documenti
	Ogni eventuale discrepanza riscontrata nel punto precedente deve essere segnalata al medico prescrittore. Nel caso si verificassero più di tre errori, per lo stesso medico, nel corso dello stesso anno, dovrà essere inviata formale comunicazione alla struttura di riferimento dello specialista (lettera formale).	Segnalazioni
Commissione	Nel caso di <u>presidi extra-tariffario</u> , riconducibili ed in tutti i casi che si rendessero necessari, per la complessità della patologia riscontrata o su specifica e circostanziata richiesta dei medici autorizzatori, la pratica dovrà essere esaminata dalla vigente Commissione Aziendale (Commissione di cui alla nota allegata).	Richiesta parere commissione (modulo n. 14)  Parere commissione (modulo n. 14)
FORNITURA		
Operatore dell'ufficio protesi	Una volta verificata la disponibilità del presidio nel magazzino aziendale, l'operatore provvede a inserire nel programma informatico l'autorizzazione che diventa disponibile per l'operatore di magazzino.  Successivamente l'autorizzazione viene stampata e firmata dal medico autorizzatore.  Si archivia la prescrizione e l'autorizzazione nel fascicolo cartaceo dell'assistito.	
Operatore dell'ufficio Protesi	Nel caso di presidi previsti nell'elenco 1 e per quelli non reperibili a magazzino o da gara, si rilascia un'autorizzazione di presidio nuovo e si invia allo sportello del Distretto di riferimento per la consegna all'assistito o a chi da lui delegato, tramite protocollo aziendale in modalità riservata ad esclusione degli ausili che devono essere inventariati, per cui si procederà all'invio cartaceo comprensivo dell'etichetta di inventario.  All'utente verranno consegnati:  autorizzazione con dicitura "unica copia valida per il pagamento";  etichetta di inventario.	
Fornitore	L'originale della prescrizione, dell'autorizzazione e del preventivo vengono archiviate nel fascicolo dell'assistito.  La fornitura del dispositivo protesico	Ricevuta di consegna(modulo n. 9)

Responsabile	Modalità operative	Documenti
(gestore del magazzino o sanitaria)	prescritto avviene entro i termini massimi indicati dal DPCM 12/01/2017.  Al momento della consegna viene fatta firmare all'utente, come ricevuta, l'autorizzazione completa della data di fornitura. Una copia dovrà essere consegnata all'assistito.  Nel caso di dispositivi su misura l'erogatore rilascia un certificato di congruità attestante la rispondenza del dispositivo alla prescrizione medica autorizzata, il suo perfetto funzionamento e il rispetto delle normative in materia.  I gestori di magazzino devono garantire i seguenti tempi di consegna:  • per i presidi urgenti (dimissioni protette) entro 3 giorni lavorativi dalla richiesta;  • per i presidi non urgenti entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta;  • per i materassi antidecubito in presenza di lesioni entro 24 ore.  Nel caso di fornitura da magazzino è compito del gestore dello stesso contattare tempestivamente l'utente e concordare le modalità di consegna.	
Fornitore (gestore del magazzino o sanitaria)	Il fornitore di dispositivi protesici è tenuto a fornire al paziente, e/o a chi lo assiste, istruzioni all'uso del dispositivo erogato anche in forma cartacea	Istruzioni di utilizzo
Utente	Qualora l'utente o i relativi familiari allo scopo delegati, intendano non accettare la fornitura di ausili precedentemente prescritti, dovranno comunicare tempestivamente tale decisione all'Ufficio protesi e compilare il modulo n. 7	Modulo n. 7
COLLAUDO (ov	e previsto)	
Medico prescrittore	Il collaudo accerta la congruenza clinica e la rispondenza del dispositivo ai termini dell'autorizzazione ed è effettuato, entro venti giorni dalla data di consegna, dallo specialista prescrittore o dalla sua unità operativa. Il Prescrittore dovrà concordare con l'assistito la data del collaudo, che dovrà avvenire entro 15 giorni dall'avvenuta fornitura.  Il collaudo dei dispositivi erogati ad assistiti non deambulanti viene effettuato presso la struttura di ricovero o a domicilio da parte del medico prescrittore	Collaudo

Responsabile	Modalità operative	Documenti
	(di norma specialista fisiatra).	
	Sono esclusi dalla procedura di collaudo i presidi assistenziali da magazzino Ulss o da gara.	
Operatore dell'ufficio Protesi che provvede alla liquidazione delle fatture Fornitore	Invia comunicazione al fornitore in caso di mancato collaudo al fine di sospendere la liquidazione della relativa fattura sino all'avvenuto collaudo (solo per presidi di cui all'elenco 1).	Comunicazione al fornitore
Formitore	Qualora all'atto del collaudo il dispositivo non risulti rispondente alla prescrizione, il fornitore è tenuto ad apportare le opportune variazioni.	Dichiarazione di avvenuta variazione
	Trascorsi venti giorni dalla consegna del dispositivo senza che il fornitore abbia ricevuto alcuna comunicazione da parte dell'azienda ULSS, il collaudo si intende effettuato ai fini della fatturazione e del pagamento.	
GARANZIA		
Fornitore	I fornitori sono tenuti a garantire la perfetta funzionalità dei dispositivi protesici durante il periodo di garanzia previsto per lo specifico prodotto.  Per i presidi da magazzino ricondizionati	Garanzia
	il termine è riportato nel capitolato d'appalto	
SOSTITUZIONI -	- RIPARAZIONI - ROTTAMAZIONE	
Utente	In caso di apparecchi con rottura o malfunzionamento per poter intervenire è necessaria richiesta scritta dell'utente o di un suo delegato su apposita modulistica da consegnare all'operatore distrettuale di sportello.	Richiesta riparazione (modulo n. 12)
Operatore del Distretto (sportello ufficio amministrativo)	Invio tramite protocollo in modalità riservata al centro di autorizzazione di riferimento con le stesse modalità delle richieste di autorizzazione	Pichiasta sostituzione o rinarazione
Operatore Ufficio Protesi	L'operatore dell'Ufficio Protesi verifica se è possibile sostituire l'ausilio con uno disponibile in Magazzino: in caso positivo provvede <u>immediatamente</u> alla	Richiesta sostituzione o riparazione (12)

Responsabile	Modalità operative	Documenti	
	sostituzione. Negli altri casi viene richiesto tempestivo intervento di manutenzione.		
Magazzino protesi	L'ente gestore del magazzino provvede alla sostituzione o alla riparazione (viene compilato il modulo n. 16)	Dichiarazione firmata dall'utente di avvenuta sostituzione o riparazione (modulo n. 16)	
Medico autorizzatore	In caso di ausili che necessitino di una riparazione di importo superiore a Euro 100,00 è necessaria l'approvazione del Medico autorizzatore.	Autorizzazione alla riparazione	
Ente Gestore Magazzino	In caso di ausili da rottamare l'Ente Gestore del Magazzino provvede secondo capitolato previa valutazione del personale dell'AULSS 9 preposto. In tale contesto viene compilato il modulo n. 4	Dichiarazione di rottamazione	
RINNOVO DELL	A FORNITURA DEL DISPOSITIVO		
Medico specialista prescrittore	L'Azienda Usl non autorizza la fornitura di nuovo dispositivo protesico definitivo in favore dei propri assistiti di età superiore ai 18 anni prima che sia trascorso il tempo minimo di rinnovo specifico per tipo di dispositivo.	Relazione per sostituzione	
	E' possibile anticipare il tempo minimo di rinnovo solo previa dettagliata relazione del medico prescrittore che giustifichi tale richiesta.  Per i minori di anni 18 non sono previsti tempi definiti di rinnovo		
RITIRO - SANIF	ITIRO - SANIFICAZIONE E CERTIFICAZIONE DELL'USATO		
	Il ritiro viene eseguito d'ufficio o su richiesta dell'utente nei seguenti casi: assistiti che si trasferiscono in altra ASL, ricoverati in strutture residenziali, deceduti ausili incompatibili fine utilizzo dell'ausilio non dovuti a decesso		
Utente	Nei casi precedenti l'assistito presenta la domanda allo sportello distrettuale.(modulo n. 13)	Richiesta ritiro (modulo n. 13)	
Operatore sportello distrettuale	Lo sportello distrettuale raccoglie la richiesta di ritiro e la invia al centro di riferimento tramite protocollo		
Operatore centro protesi	L'ufficio protesico di riferimento invia richiesta al magazzino e controlla che		

Responsabile	Modalità operative	Documenti
	siano rispettati i tempi previsti dal capitolato.	
Gestore di magazzino	Il ritiro, la certificazione della sanificazione e del dispositivo usato sono a carico del fornitore secondo le modalità indicate nel capitolato d'appalto. Il ritiro dei presidi non più utilizzati dall'utente deve essere fatto entro i termini previsti dalle condizioni descritte nel relativo capitolato di gara (di norma5/7 giorni dalla data della richiesta).	Ricevuta di ritiro sottoscritta dall'utente, certificato di sanificazione e di riutilizzabilità del presidio
Gestore di magazzino	Nel caso che l'utente venga inserito in Casa di Riposo si procede al ritiro dei seguenti ausili:  letto, sollevatore, sedia WC doccia, sedile girevole da vasca, sgabello doccia, materassi a tubi d'aria, rialzo WC, sovramaterasso antidecubito,, deambulatore, cuscino antidecubito e materiale ad assorbenza.  Gliausili , carrozzina, seggiolone polifunzionale e gli eventuali ausili su misura rimangono assegnati all'assistito.  Quanto sopra a partire dall'01/01/2019	Ricevuta di ritiro
FATTURAZIONE		
Fornitore	Mensilmente il fornitore invia la fattura indicando obbligatoriamente il numero di autorizzazione, il distretto di riferimento ed il numero di inventario del bene se applicabile.  Deve, inoltre, allegare l'autorizzazione firmata dall'utente per ricevuta, l'eventuale collaudo e per i dispositivi su misura il certificato di congruità.  L'aliquota IVA applicata sarà quella prevista dalla vigente normativa in materia	Fattura, autorizzazione firmata dall'utente, collaudo, certificato di congruità
Operatore amministrativo ufficio protesi	Le fatture, dopo il controllo degli importi, vengono liquidate.	
INIVENTADIO		
Ufficio protesi	I dispositivi riutilizzabili devono essere inventariati nella procedura amministrativo contabile aziendale.	Etichetta di inventario

Responsabile	Modalità operative	Documenti
	Il numero di inventario, deve essere apposto in modo visibile ed indelebile in un punto del dispositivo non asportabile e non soggetto a logorio. In caso di sostituzione della parte su cui inizialmente è stato collocato, il numero di inventario deve essere messo di nuovo sulla parte sostituita.	
Utente	Dispositivo riutilizzabile acquisito direttamente dall'assistito: al momento della consegna dell'autorizzazione di nuovo dispositivo protesico viene data all'assistito anche un'etichetta adesiva con numero di inventario. Tale numero deve essere indicato nell'autorizzazione.	Etichetta di inventario
Fornitore esterno	Tale etichetta deve essere applicata, sul nuovo dispositivo autorizzato, dal fornitore esterno ove l'assistito si reca per il ritiro.	
Ditta gestore del magazzino	Dispositivo riciclabile: Per gli ausili "riciclabili" le etichette dell'inventario devono essere applicate dalla Ditta gestore di Magazzino A TUTTI I DISPOSITIVI	Etichetta inventario

#### **ALLEGATO**

## Commissione Protesi

PRESIDENTE:

Responsabile UOS Protesi ed Ausili

COMPONENTI:

4 Medici Autorizzatori (uno per distretto)

1 Amministrativo con funzioni di segreteria e verbalizzazione

Medici specialisti a seconda delle necessità legate alle singole valutazioni

COMPITO:

esaminare, valutare ed eventualmente autorizzare le prescrizioni di ausili riconducibili e di ausili complessi non contemplati nel nomenclatore e

proposte dai medici autorizzatori.

Redigere linee guida ed indicazioni generali.

TEMPISTICA:

gli incontri di valutazione dovranno svolgersi almeno una volta la mese.

**OPERATIVITA':** 

le prescrizioni da esaminare insieme alla richiesta (modulo...) e ad ogni altro documento ritenuto necessario, dovranno essere inviate tramite protocollo aziendale alla segreteria dell'UOS Protesi ed Ausili. Le richieste per poter essere valutate dovranno pervenire almeno cinque giorni lavorativi prima della data fissata per l'incontro della commissione. Le decisioni verranno prese a maggioranza dei componenti presenti, l'amministrativo ed i medici specialisti convocati non partecipano alla votazione. In caso di parità dei voti

viene accolto il parere del Presidente.

Le decisioni assunte dalla Commissione saranno riportate e motivate sulle singole schede di richiesta che saranno allegate al verbale e conservate insieme a questo presso la segreteria dell'UOS Protesi ed Ausili. Successivamente i moduli contenenti le decisioni verranno inviati, tramite protocollo aziendale, ai singoli medici richiedenti per le richieste di loro

competenza.



Allegato A al Decreto n. 64

del

21 maggio 2018

pag. 1/2

# TIMBRO CENTRO AUTORIZZATO PER LA PRESCRIZIONE

# PIANO RIABILITATIVO-ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

APPARECCHI PER IL TRATTAMENTO DOMICILIARE CON PRESSIONE POSITIVA CONTINUA NELLE VIE AEREE (CPAP) A FAVORE DI PAZIENTI AFFETTI DA SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE DEL SONNO (OSAS)

DATI ANAGRA	FICI DEL PAZIE	ENTE	
Nome Cognome			
Codice fiscale			
Data di nascita			
Indirizzo di residenza			
Azienda ULSS di residenza/Regione			
Medico curante			
PIANO S	PECIALISTICO		
Patologia/lesione che ha determinato la menomazione/disabilità			
Diagnosi (menomazione/disabilità)			
Descrizione del programma di trattamento (indicare gli esiti attesi a medio e lungo termine)			
Modi e tempi d'uso dei prodotti			
Necessità di aiuto/supervisione nell'uso			
Possibili controindicazioni/limiti di utilizzo			
PRESCRIZIO	NE DEI PRODO	TTI	
		UAZIONE PRESCR	IZIONE
Motivo del rinnovo o variazione prescrizione:			
Tipologia di prodotto		Quantità	Codice ISO
Durata della prescrizione (N° mesi):			

FOLLOW-UP DEL PROGRAMN	AA E DECLI ESITI OTTENIITI
Follow-up previsto dopo: 3 mesi 6 mesi 12 mesi	24 mesi altro
Modalità del follow-up: ambulatoriale via telematica	altro
Nome e Cognome medico specialista prescrittore	Timbro e firma del medico specialista prescrittore
Data di compilazione	
AUTORIZZAZIONE ALLA FORNIT	URA DEI PRODOTTI PRESCRITTI
Azienda ULSS di residenza	
Vista la prescrizione da parte di un Centro autorizzato:	sì no
Verificata la competenza territoriale dell'utente:     residente NON residente NON residente ma con servicione.	richiesta autorizzazione Azienda ULSS di residenza
<ul> <li>Accertata la condizione di invalidità nei pazienti di età ≥ 1 domanda invalidità*</li> </ul>	8 anni (codice ICD9-CM): sì no resentare il certificato di invalidità non appena disponibile
SI AUTORIZZA LA FORNITURA DEI PRODOTTI PRI	
Nome e Cognome medico responsabile	Timbro e firma del medico responsabile
Data di autorizzazione	
Eventuali note	
NB: ai fini del rilascio dell'autorizzazione, l'Azienda ULSS d 5 giorni lavorativi dalla ricezione della prescrizione per i ricezione della prescrizione per gli altri pazienti.	
I prodotti richiesti dovranno essere poi erogati al paziente nel non oltre i 30 giorni dal ricevimento del modello di prescrizion	

PRESIDI PRESCRIVIBILI IN DIMISSIONE PROTETTA:	CODICE ISO VECCHIA NORM	CODICE ISO NUOVO NOMENCL.	BARRARE
SEDIA PER WC E DOCCIA (CON O SENZA RUOTE)	09.12.03.003	09,12,03,003	
RIALZO PER WC E DOCCIA	09.12.24.003	09,12,15,003	
SEDIA GIREVOLE PER VASCA(riconducibile a sedia wc/doccia e non prescrivinbile in associazione a tale ausilio)	RICONDUCIBILE A 09.12.03.003	09,33,03,015	
CARROZZINA PIEGHEVOLE STANDARD (SPECIFICARE PEZO E ALTEZZA)	12.21.06.039	12,22,03,003	
SPONDE UNIVERSALI (Adattabili a tutti i letti se il paziente ha bisogno solo di contenzione)	RICONDUCIBILE A 18.12.27.103	18,12,27,003	
LETTO A DUE MANOVELLE REGOLABILE MANUALMENTE(Ausilio prescrivibile a soggetti affetti da patologie gravi che obbligano alla degenza senza soluzione di continuo. Non prescrivibile in associazione con deambulatore)	18.12.07.006	18,12,07,006	
SPONDE PER LETTO - Prescrivibile in associazione a letto	18.12.27.103	18,12,91,006	
SUPPORTO PER ALZARSI DAL LETTO	12.30.09.103	18,12,91,003	
LETTO ARTICOLATO ELETTRICO	18.12.10.003	18,12,10,003	
BASE ELETTRICA	18.12.12.103	NON PREVISTA	
MATERASSO ANTIDECUBITO AD ARIA (Prescrivibile a soggetti con rischio di decubito medio alto convalidato con Scala di Braden Non prescrivibile in associazione a deambulatore)	03.33.06.021	04,33,06,021	
CUSCINO A BOLLE D'ARIA A MICRO INTERSCAMBIO	03.33.03.015	04,33,03,015	
SOLLEVATORE ELETTRICO CON IMBRAGO STANDARD	12.36.03.006	12,36,03,006	
IMBRAGO AD AMACA Per soggetti con particolari situazioni di gravità	12.36.03.103	12,36,03,006 (SIMILARE)	
DEAMBULATORE DUE RUOTE – DUE PUNTALI - Non prescrivibile in associazione a letto e materasso	12.06.06.003	12,06,06,003	
PANNOLONI	NO codice	NO codice	
CATETERE VESCICALE A PERMANENZA – TIPO FOLEY	09.24.03.003	09,24,03,006	
CATETERE ESTERNO (CONDOM)	09.24.09.003	09,24,06,303	
CATETERE VESCICALE MONOUSO AUTOLUBRIFICANTE: - per donna e bambino - per uomo	09.24.06.011 09.24.06.012	09,27,04,006 09,27,05,003	
SACCHE RACCOLTA URINA DA LETTO: - monouso	09.27.07.003	09,27,04,003	
- riutilizzabili	09.27.07.006	09,27,05,003	
SACCHE RACCOLTA URINA DA GAMBA: - monouso - riutilizzabili	09.27.04.003 09.27.04.006	09,27,04,003 09,27,05,006	
APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE			
MODULONO		4	

ELENCO PRESIDI PRESCRIVIBILI DA PARTE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE	CODICE ISO VECCHIA NOR.VA	CODICE ISO NUOVO NOMENCL.	BARRARE
SEDIA PER WC E DOCCIA (CON O SENZA RUOTE)	09.12.03.003	09,12,03,003	
RIALZO PER WC E DOCCIA	09.12.24.003	09,12,15,003	
SEDIA GIREVOLE PER VASCA NON PRESCRIVIBILE IN ASSOCIAZIONE A SEDIA WC E DOCCIA	09.12.03.003	09,33,03,015	
CARROZZINA PIEGHEVOLE STANDARD (SPECIFICARE PESZO E ALTEZZA - prescrivibile a pazienti che necessitano di trasferimenti in autonomia o con accompagnatore)	12.21.06.039	12,22,03,003	
SPONDE UNIVERSALI Adattabili a tutti i letti se il paziente ha bisogno solo di contenzione	RICONDUCIBILE A 18.12.27.103	18,12,27,103	
LETTO A DUE MANOVELLE REGOLABILE MANUALMENTE (Ausilio prescrivibile ad assistiti con limitazioni motorie che obbligano a lunghe, costanti e irreversibili permanenze in posizione distesa. Prescrivibile a pazienti non obesi e alti non oltre 1,80 cm. Non prescrivibile in associazione con deambulatore)		18,12,07,006	
SPONDE PER LETTO Prescrivibile in associazione a letto	18.12.27.103	18,12,91,006	
SUPPORTO PER ALZARSI DAL LETTO	12.30.09.103	18,12,91,003	
MATERASSO ANTIDECUBITO AD ARIA Prescrivibile a soggetti con rischio di decubito medio alto convalidato con Scala di Braden . (Ausilio prescrivibile a soggetti affetti da patologie gravi che obbligano alla degenza senza soluzione di continuo. Prescrivibile a pazienti non obesi e alti non oltre 1,80 cm. Non prescrivibile in associazione con deambulatore)	03.33.06.021	04,33,06,021	
CUSCINO A BOLLE D'ARIA A MICRO INTERSCAMBIO	03.33.03.015	03,33,03,015	
CUSCINO IN MATERIALE VISCIOELASTICO CONPATTO	03.33.03.009	03.33.03.009	
PANNOLONI SOLO IN CASO DI RINNOVO con diagnosi di incontinenza nel verbale di invalidità	Non va indicato il codice	Non va indicato il codice	
SOLO IN CASO DI RINNOVO CATETERE VESCICALE A PERMANENZA – TIPO FOLEY	09.24.03.003	09,24,03,006	
SOLO IN CASO DI RINNOVO CATETERE ESTERNO (CONDOM)	09.24.09.003	09,24,06,303	
SOLO IN CASO DI RINNOVO SACCHE RACCOLTA URINA DA LETTO: - monouso - riutilizzabili	09.27.07.003 09.27.07.006	09,27,04,006 09,27,05,003	
SOLO IN CASO DI RINNOVO SACCHE RACCOLTA URINA DA GAMBA: - monouso - riutilizzabili	09.27.04.003 09.27.04.006	09,27,04,003 09,27,05,006	

			CODICE
	Firma	igera	Causa rottamazione
		Ausili Azienda ULSS 9 – Scaligera	inven
DATA INIZIO ELENCO	DATA ROTTAMAZIONE	Elenco Rottamazione Aus	Ausilio



Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236

# UNITA' OPERATIVA ASSISTENZA PROTESICA

\*\*\*

# **RITIRO AUTORIZZAZIONE**

NOMINATIVO ASSISTITO	nato il
RITIRO da parte dell'assistito FIRMA LEGGIBILE	
RITIRO da parte del delegato (allegare fotocopia carta id documento d'identità)	entità delegante e presentare un proprio
Delego al ritiro della pratica Il/la Sig./Sig.ra:	
nat_ a	i1
Firma del titolare delegante:	Firma delegato:
DATA DEL RITIRO:	_
MODULO N. 5	



Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236

# EROGAZIONE FORNITURE PROTESICHE IN DIMISSIONE PROTETTA

\*\*\*

# INFORMAZIONI AL PAZIENTE O AI FAMILIARI

La prescrizione degli ausili necessari a domicilio è redatta dal medico Ospedaliero.

Al fine di ottenere l'autorizzazione (fornitura gratuita) dei presidi assistenziali presenti a nomenclatore, l'assistito deve essere in possesso del Certificato di Invalidità Civile oppure deve produrre una ricevuta di presentazione della domanda rilasciata dal Patronato di libera scelta (esempio CAF) presso il quale il paziente o relativo familiare si è recato previo certificato redatto dal proprio Medico Curante (Medico di Medicina Generale).

La documentazione sopra indicata è indispensabile al fine di concludere l'iter dell'autorizzazione sopra indicata e quindi - l'assistito la deve consegnare in fotocopia <u>allo sportello polifunzionale del Distretto socio sanitario di residenza</u> entro il tempo massimo di <u>giorni 20</u> dalla consegna degli ausili.

La mancata presentazione della documentazione di cui sopra entro il termine predetto comporta l'immediato ritiro dei presidi già forniti.



Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236

# RIFIUTO EROGAZIONE FORNITURE PROTESICHE

NOMINATIVO :	DEL TITO	LARE D	ELLA FORNI	TURA:				
COGNOME		NO	ME	Nato a		il		
Residente a	oneyeanor-pessioneyean-yea			Via				_n
NOME DEL RIC	CHIEDENI	condi		sentata dal suddetto 'art. 4 – c. 2 – DPR				
				N	ato il			
residente a								
Tel. n								
CON RIFERIMEN	TO AI SEGU	JENTI PR	ESIDI GIA' PRE	ESCRITTI:				
Presidio prescritto					Co	Codice Iso (9 cifre)		
		<del></del>						****
COMUNICA IL MOTIVAZIONI:	RIFIUTO	DELLA	FORNITURA	DELLO/DEGLI	STESSO	/I PER	LE	SEGUENT
					····			
	. 1 5							
luogo	data			Fir	ma			



Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236

IL RESPONSABILE UOC ASSISTENZA PROTESICA

# UNITA' OPERATIVA ASSISTENZA PROTESICA

	Al Sig./ra
Oggetto: diniego autorizzazione fornitura ausili	
Con la presente si comunica che la pratica relativa a :	
non può essere accolta perché :	
□ Manca verbale d'invalidità	
□ Il presidio richiesto non è erogabile per l'invalidità acc	ertata;
□ non sono trascorsi i tempi minimi di rinnovo;	
□ altro :	
Data	



Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236

# UNITA' OPERATIVA ASSISTENZA PROTESICA

Prot. N°	Data	
Oggetto: Assegnazione ausili in com	nodato d'uso	
	Al Signor/a	
Gentile utente, questa Azienda le forni	sce i seguenti ausili :	
codice nomenclatore	Descrizione	N° inventario
		+
<ol> <li>deve essere conservato o specialista nella prescrizion</li> <li>non può essere manomess</li> </ol>	o d'uso gratuito e pertanto non può essere ceduto con cura e diligenza ed utilizzato secondo le in	
DELL'AUSILIO COMPORTERANI	IISSIONI O MODIFICHE NONCHÉ' LA MANCATA I NO L'ADDEBITO ALL'UTENTE O AGLI EREDI LEG BENE O DELL'EVENTUALE RIPARAZIONE	
	IL RESPONSABILE UOC ASSIST	TENZA PROTESICA
Firma leggibile per ricevuta		
MODULO N. 9		



Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236

# EROGAZIONE FORNITURE PROTESICHE IN DIMISSIONE PROTETTA

1) PRESCRIZIONE			
COGNOME	NOME	Nato a	ilil
Residente a	Via		tel
Peso kg H. cm	Valore sched	a di Braden	
DIAGNOSI DI INVALIDITA':			
PRESIDI PRESCRITTI (VI	DI ELENCO ALLE	GATO)	
<ul><li>Modalità di controllo</li><li>Variazioni prevedibili ne</li><li>Possibili controindicazio</li></ul>	el tempooni e limitazioni di impie	go	
Timbro della struttura di appartenenza del Medico Prescri	tore		IL MEDICO PRESCRITTORE
SEDE e DATA			(timbro e firma)
3) AUTORIZZAZIONE			
Prot.n	lata		
			IL MEDICO AUTORIZZATORE
MODULO N. 10			



Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236

# EROGAZIONE FORNITURE PROTESICHE DA PARTE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

1) PRESCRIZIONE				
COGNOME	NOME	Nato a	il	
Residente a	tel	Peso k	kg H. cm	
DIAGNOSI DI INVALIDITA	<b>':</b>			
PRESIDI PRESCRITTI (V	EDI ELENCO MO	ODULO 3 RIPORTAT	TO SUL RETRO)	
2) PIANO TERAPEUTICO:				
<ul> <li>Tempi di impiego del p</li> </ul>	presidio: permanente	□ transitorio □		
<ul> <li>Significato terapeutico</li> </ul>	e riabilitativo			
Il presidio precedentem	ente fornito è ancora	idoneo SI □ NO □	IL MEDICO PRESCRITTO	ORF.
,			is inspired radiolaria	JILL
			(timbro e firma)	
SEDE e DATA				
3) AUTORIZZAZIONE				
Prot.n	data	di Euro		
			IL MEDICO AUTORIZZA	TORI



Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236

# UNITA' OPERATIVA ASSISTENZA PROTESICA

# RICHIESTA DI RIPARAZIONE AUSILI FORNITI DALL' AULSS 9

# **RICHIEDENTE**

Spazio riservato all'Ufficio Amministrativo \_

II sottoscritto						
Cognome	Nome					
Nato/a		P	rov. il		16	
Residente a	Pro	ov V	ia		n°	
In qualità di						
<b>a</b>						
Chiede la riparazione dell'ausilio sotto descritto						
Data	Firma					
PERSONA CHE UTILIZZA L'AUSILIO SE DIVER	RSA	DAL SU	DDETTO RI	CHIEDENTE::		
Cognome			Nome			
Nato/a			Prov.	il		
Residente a		Prov	Via		n°	
Ausilio fornito da riparare						
n° inventario						
Indicare com'è avvenuta la rottura						
Descrivere la rottura						
Data	F	Firma				



Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236

DISTR	RETTO SOCIO SANITARIO – SEDE DI	
	ETTO: ASSISTENZA SANITARIA PROTESICA (D.M.27/8/1999 n. 332 D.M. 31/5/2011 n. 321)	
NOM	E DELL'INVALIDO/MINORE (Compilare sempre)	
	Nato ila	
resident	te aVia	n
Tel. n	Tel. n.  (indicare possibilmente 2 nr. di telefono, anche cellulari)	
NOMI	(se la richiesta non è presentata dall'invalido – ma da perse condizione prevista dall'art. 4 – c. 2 – DPR 445/2000 di impedime sottoscrizione)	
	Nato il	
resident	te aVia	n
Tel. n		
	CHIEDE	
	la <b>FORNITURA</b> il <u>RITIRO</u> dei seguenti presidi	
	<del></del>	
DICHI	IARA di aver usufruito di una precedente fornitura in data	
ALLEC	GA i seguenti documenti:	
a)	Modulo di prescrizione compilata in tutte le sue parti, rilasciato da un medico specialis	
b)	Per gli ausili su misura preventivo di spesa per la fornitura prescritta, rilasciato da autorizzata, contenente codice e prezzo degli apparecchi secondo il listino nomeno Ministero della Sanità	ditta fornitrice latore del
c)	Per la prima prescrizione fotocopia del verbale di invalidità civile o della domanda riconoscimento dell'invalidità (per i superiori di anni 18, non serve per i minori)	ı di

N.B.: E' OBBLIGATORIA LA RESTITUZIONE DEL PRESIDIO AL TERMINE DELL'UTILIZZO Le domande incomplete non verranno evase

Firma \_\_\_



Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236

# UNITA' OPERATIVA ASSISTENZA PROTESICA

Alla Commissione Provinciale Assistenza Protesica PROPRIA SEDE

COMMISSIONE PROVINCIALE

**Oggetto**: richiesta valutazione situazione assistenziale complessa al fine di procedere alla relativa autorizzazione.-

Con riferimento a quanto in oggetto indicato, si fa presente quanto segue:

a) DATI ASSISTITO:				
COGNOME	NOME	Nato a	il	
Distretto socio sanitario _				
DIAGNOSI DI INVALIDITA	A':			
b) PRESCRIZIONE (ve	edi copia allegata)			
C) OSSERVAZIONI DEL	MEDICO AUTORIZZAT	ORE RICHIEDENTE LA C	ONSULENZA	
_				
(si allega documentazione	e relativa al caso)			
Data		firma		
PARERE DELLA COMM	ISSIONE come da ver	bale in data		
	***************************************			
Data			RESIDENTE DELL	Λ
Dala		ILPR	COIDENTE DELL	H



Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236

# **EROGAZIONE FORNITURE PROTESICHE**

# MEDICI SPECIALISTI

1) PRESCRIZIONE	MEDICI	JECIALISTI	
COGNOME	NOME	Nato a	il
Residente a	tel	Peso kg	H. cm
DIAGNOSI DI INVALIDIT	A':		
Presidio prescritto			Codice Iso (9 cifre)
Per prescrizioni ausili si	ı misura e rinnovi an	ticipati allegare rela	nzione dettagliata
<ul> <li>Modalità di controllo</li> <li>Variazioni prevedibil</li> <li>Possibili controindica</li> <li>Significato terapeutic</li> <li>NEL CASO DI FORNITURA</li> <li>Il presidio precedente</li> <li>E' riparabile SI □</li> </ul>	i nel tempo	iegoIMA DICHIARARE SE:	
		_	(timbro e firma)
SEDE e DATA			
3) PREVENTIVO DEI quote aggiunte a carico			GATO (specificare eventual
4) AUTORIZZAZIONE Prot n	data	di Furo	
MODULO N. 15			IL MEDICO AUTORIZZATORE



Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236

# **VERBALE RIPARAZIONE AUSILI**

TIPO A	USILIO			N. INVENTARIO
AGGIUI	NTIVI			N. INVENTARIO
SANIFIC	CAZIONE	MANUTENZION	E	
	MANUTENZIO	ONE STRAORDINARI	A – SOSTITUZIONE D	l:
N.	Descrizione parte sostituita	Recupero	Nuovo	Prezzo
ASSEC	GNAZIONE ALL'UTENTE:		TEL	
INDIRI	ZZO:			
DISTR	ETTO	FILIALE		URGENTE
AUSIL	IO CONSEGNATO A DOMICILIO IN D	ATARITI	RO PRESSO PARCO	AUSILI IN DATA
DATA	FIRMA REFEREN	ITE ULSS	FIRMA REF. PARCO	AUSILI

## Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679

## (General Data Protection Regulation)

Gentile Signore/a,

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione ai dati personali e sensibili da Lei forniti ai fini dell'autorizzazione e fornitura di ausili e protesi si informa di quanto segue:

#### a. Titolare del trattamento

Direttore Generale dell'Azienda AULSS 9 Scaligera Via Valverde, 42 37122 Verona

Tel: 045 807 5510

E-mail: direzione.generale@aulss9.veneto.it

Pec: protocollo.aulss9@pecveneto.it

## b. Responsabile della Protezione dei Dati

Avvocato Piergiovanni Cervato Studio Legale Cervato Law & Business Via Niccolò Tommaseo, 78/C 35131 Padova

Tel: +39 049 714975

Mail: rpd ssrveneto@cervato.it

Pec: piergiovanni.cervato@ordineavvocatipadova.it

## c. Finalità del trattamento

Il trattamento è effettuato ai fini del rilascio dell'autorizzazione e per la fornitura di ausili e protesi secondo quanto previsto dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12/01/2017. I dati forniti sono necessari per poter erogare la prestazione richiesta, la mancata consegna della prescrizione e del piano terapeutico completi di tutte le informazioni in esse contenute comporterà l'impossibilità a fornire gli ausili/protesi richieste.

## d. Per quanto verranno tenuti i dati

Le informazioni saranno mantenute, così come previsto dalla normativa, per non più di 5 anni, salvo che alla fine del periodo non siano in corso contestazioni od azioni legali che necessitino dei dati stessi. In quest'ultimo caso le informazioni saranno conservate per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle vertenze in corso.

## e. Profilazione

I dati relativi alle prestazioni da lei ottenute potranno essere utilizzati al fine della costruzione di categorie di pazienti basate sui livelli di consumi di prestazioni sanitarie e/o sulla gravità delle malattie. Queste informazioni non saranno comunque mai utilizzate al fine di discriminare o limitare il Suo accesso alle cure e ai servizi sanitari, ma serviranno solamente per prevedere i fabbisogni di risorse economiche e sanitarie necessarie alle cure dell'intera popolazione.

## f. I Suoi diritti

In qualsiasi momento rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della Protezione dei Dati Lei potrà ottenere:

- la conferma dell'esistenza dei dati;
- ulteriori informazioni sulla finalità del trattamento e su ogni altro aspetto relativo allo stesso;
- l'accesso ai dati conservati, art. 15 del GDPR;
- la correzione e la cancellazione dei dati, art. 16 e 17 del GDPR;
- la limitazione del trattamento alla sola conservazione dei dati nei casi previsti dall'art. 18 del GDPR e la revoca della stessa limitazione;
- la portabilità dei dati, cioè il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano e il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare, art. 20 del GDPR;
- l'opposizione, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, art. 21 del GDPR.

Resta comunque la Sua possibilità di rivolgersi direttamente al Garante per la Protezione dei Dati Personali secondo le indicazioni contenute al seguente indirizzo web:

https://www.garanteprivacy.it/home/diritti/come-agire-per-tutelare-i-tuoi-dati-personali



Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236

DIST	RETTO SOCIO SANITARIO – SEDE D	01				
Prot. n		Pratiche protesiche del				
		All'Ufficio Protesi sede di				
	ETTO: Elenco giornaliero pratiche ricevo Con riferimento alle modalità operati ettono le allegate pratiche protesiche, c	tive vigenti i	n materia di assis	tenza sanitaria protesica	, s	
N.	COGNOME E NOME		DATA NASCITA	NOTE		
		II Com	pilatore			