	<b>PROCEDURA OPERATIVA per la erogazione di DISPOSITIVI (PROTESI – ORTESI - AUSILI TECNICI) ex. DM 332/1999</b>	emissione	20.9.2011
		revisione n.	0
		data revisione	20/9/2011
		pagina x/y	1/20

## CONTENUTI DEL DOCUMENTO

<b>1</b>	<b>SCOPO</b>	<b>pag.</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>AMBITO DI APPLICAZIONE</b>	<b>pag.</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI</b>	<b>pag.</b>	<b>2</b>
<b>4</b>	<b>ABBREVIAZIONI, GLOSSARIO</b>	<b>pag.</b>	<b>3 - 4</b>
<b>5</b>	<b>DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'</b>	<b>pag.</b>	<b>5 - 8</b>
<b>6</b>	<b>LISTA DI DISTRIBUZIONE</b>	<b>pag.</b>	<b>8</b>
<b>7</b>	<b>ALLEGATI: 9</b>	<b>pag.</b>	<b>9 - 20</b>

Autori	<ul style="list-style-type: none"> <li>- il Direttore della Funzione Distrettuale Gianfranco Cereser;</li> <li>- il Direttore del Dipartimento di Medicina post acuzie Alessandro Boccignone;</li> <li>- i Dirigenti medici fisiatristi Gianni Costanzucci, Carlo Cini, Chiara Carpenedo;</li> <li>- il Direttore del Distretto 3 Maura Chinellato;</li> <li>- il Direttore della UOC CP del Distretto 1 Sergio Stefanon;</li> <li>- il Direttore della UOC CP del Distretto 2 Giovanna Pianon;</li> <li>- il Direttore della UOC CP del Distretto 3 Letizia Battiston;</li> <li>- il Dirigente medico geriatra del Distretto 1 Nicola Proto;</li> </ul>
Approvazione	Collegio di Direzione del 20.9.2011
Emissione	Responsabile Funzione Distrettuale
Distribuzione	Vedi lista distribuzione
Archiviazione	Segreteria Direttore Funzione Distrettuale
Revisione	Autori

## **1. SCOPO**

Lo scopo delle presenti linee guida è di fornire informazioni e indicazioni univoche e chiare per quanto concerne la erogazione dei DISPOSITIVI ex DM 332/99.

## **2. AMBITO DI APPLICAZIONE**

La presente procedura si applica nell'ambito del percorso riabilitativo assistenziale dei soggetti indicati all'art. 2 del DM 332/99 in cui è previsto anche la erogazione di speciali DISPOSITIVI.

## **3. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI**

- Ministero della Sanità decreto del 27/8/1999, n. 332 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale: modalità di erogazione e tariffe";
- Decreto Ministero della Sanità del 31/05/2001 n. 321;
- Legge 3 marzo 2009, n. 18 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità;
- DGR n. 5273 del 29.12.1998 Linee guida sulla attivazione delle varie forme di Assistenza domiciliare;
- LEGGE REGIONALE 20 novembre 2003, n. 34 "Norme in favore dei soggetti stomizzati della Regione Veneto";
- DDG n. 366 dell'8 novembre 2010 "Inventariazione dei dispositivi protesici ed ausili durevoli";
- Nota Direttore della FD del 12.11.2010 prot. 72073 sulla attuazione della DDG n. 366/2010;
- Nota 15.12.2010 prot. 79284 del Dirigente Provveditorato che trasmette il contratto per la fornitura triennale di ausili e materiale protesico di cui all'allegato 1 del DM 332/99 e relativi servizi di consegna, ritiro, manutenzione e rimessaggio;
- DDG n. 77 del 7.4.2010 Regolamento per la erogazione dei dispositivi ex comma 6 art. 1 del DM 332-99;
- ULSS 10 Veneto Orientale - Dipartimento di Medicina Post Acuzie: Indicazioni per la prescrizione di ausili di area riabilitativa.

## 4. GLOSSARIO/ABBREVIAZIONI

<b>ULSS n.10</b>	Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 10 San Donà di Piave
<b>UOC CP</b>	Unità Operativa Complessa “Cure Primarie”
<b>REGOLAMENTO NOMENCLATORE</b>	Ministero della Sanità decreto 27 agosto 1999, n. 332 “Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale: modalità di erogazione e tariffe”
<b>DISPOSITIVI</b>	Per dispositivo si intende, generalmente, un congegno o un apparecchio che svolge una determinata funzione. Ai sensi del DM 332/99 i dispositivi si suddividono in: <ul style="list-style-type: none"> <li>• PROTESI</li> <li>• ORTESI</li> <li>• AUSILI TECNICI</li> </ul>
<b>PROTESI</b>	Dispositivo artificiale atto a sostituire una parte del corpo mancante (un arto, un organo o un tessuto), o a integrare una danneggiata. Le protesi possono essere prodotte su misura (ad esempio protesi ortopediche) o in serie (ad esempio apparecchi acustici).
<b>ORTESI</b>	Dispositivo medico, un tutore, un'apparecchiatura ortopedica o simili, utilizzati in ortopedia o traumatologia nel trattamento di alcune patologie quale strumento esterno utilizzato per aiutare il paziente in una sua funzione. Esempi di ortesi sono i collari cervicali, le cinture lombari steccate (o busti ortopedici), le ginocchiere, le cavigliere, eccetera.
<b>AUSILI TECNICI</b>	Strumenti tecnologici che consentono di superare barriere all'accessibilità, o di compensare limitazioni funzionali ai fini di facilitare o rendere possibili le attività della vita quotidiana, facilitare la vita indipendente, rendere più sicuro e meno gravoso il compito della persona che assiste.
<b>DISPOSITIVI DI SERIE</b>	I dispositivi di serie sono quelli con caratteristiche polifunzionali, costruiti con metodi di fabbricazione continua o in serie, che non necessitano dell'intervento di un tecnico abilitato per essere personalizzati al paziente ad es. i cateteri, i cuscini, i materassi antidecubito, il comunicatore simbolico
<b>DISPOSITIVI SU MISURA</b>	I dispositivi su misura sono quelli realizzati singolarmente in conformità ad una prescrizione medica e sono destinati ad essere applicati o utilizzati solo da un determinato paziente, secondo metodi che prevedono sempre la rilevazione di grafici, misure, calchi, anche quando nella lavorazione sono utilizzate parti realizzate in serie. Sono considerati dispositivi su misura anche quei prodotti realizzati in serie che, per essere utilizzati da un determinato paziente, necessitano di un intervento di un tecnico abilitato, previa prescrizione del medico specialista (le carrozzine leggere, le scarpe ortopediche, i plantari, ecc.)
<b>RICONDUCIBILITÀ</b>	Qualora l'assistito scelga un tipo o un modello di dispositivo non incluso nel nomenclatore allegato al regolamento, ma riconducibile, a giudizio dello specialista prescrittore, per omogeneità funzionale a quello prescritto, se ne autorizza la fornitura con eventuale differenza economica a carico dell'utente.

<b>MENOMAZIONE</b>	qualsiasi perdita o anormalità a carico di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche; essa rappresenta l'esteriorizzazione di uno stato patologico e in linea di principio essa riflette i disturbi a livello d'organo.
<b>MINORAZIONE</b>	qualsiasi perdita o anormalità a carico di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche che risulti <b>congenita</b> .
<b>DISABILITÀ</b>	qualsiasi limitazione della capacità di agire, naturale conseguenza ad uno stato di minorazione/menomazione; la disabilità non è riferita solo alla caratteristica dell'individuo ma è il risultato di una complessa interazione di condizioni, molte delle quali create dall'ambiente sociale, che richiedono interventi in questo contesto.
<b>HANDICAP: TERMINE OBSOLETO E SUPERATO</b> dall' <i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i> (ICF), classificazione internazionale del funzionamento, disabilità e salute) del 2001, dove il termine disabilità comprende le difficoltà sia a livello personale che sociale.	condizione di svantaggio vissuta da una determinata persona in conseguenza di una menomazione o di una disabilità che limita o impedisce la possibilità di ricoprire il ruolo normalmente proprio a quella persona (in base all'età, al sesso e ai fattori socio-culturali). Esso rappresenta la socializzazione di una menomazione o di una disabilità e come tale riflette le conseguenze – culturali, sociali, economiche e ambientali – che per l'individuo derivano dalla presenza della menomazione e della disabilità. Lo svantaggio deriva dalla diminuzione o dalla perdita delle capacità di conformarsi alle aspettative o alle norme proprie dell'universo che circonda l'individuo.

## 5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

### 5.1 SOGGETTI AVENTI DIRITTO

In base del Decreto Ministeriale n. 332/99, al Decreto del Ministero della Sanità 31/05/2001 n. 321 ed alla LR n. 34/2003 hanno diritto alla fornitura di dispositivi, previa richiesta redatta su specifico modulo (**allegato 1**), i seguenti assistiti:

a)	<ul style="list-style-type: none"><li>• gli invalidi civili, di guerra e per servizio, i privi della vista e i sordomuti (di cui agli articoli 6 e 7 della legge 2 aprile 1968, n. 482;</li><li>• i minori di anni 18 che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di un'invalidità permanente;</li></ul>
b)	gli istanti in attesa di accertamento che si trovino nelle condizioni previste dall'articolo 1 della Legge 11 febbraio 1980, n. 18 e cioè: <ul style="list-style-type: none"><li>• impossibilitati a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore</li><li>• che abbisognano di un'assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita</li></ul>
c)	<ul style="list-style-type: none"><li>• gli istanti in attesa del riconoscimento formale della invalidità ai quali, in seguito alla visita da parte della commissione invalidi, sia stata riscontrata una menomazione che comporta una riduzione della capacità lavorativa superiore ad un terzo (<b>cf. allegato 2</b>)</li></ul>
d)	<ul style="list-style-type: none"><li>• gli istanti in attesa di accertamento entero-urostomizzati, laringectomizzati, tracheotomizzati o amputati di arto,</li><li>• le donne che abbiano subito un intervento di mastectomia</li><li>• i soggetti che abbiano subito un intervento demolitore sull'occhio</li></ul>
e)	I ricoverati in una struttura sanitaria pubblica o privata con la seguente documentazione: <ul style="list-style-type: none"><li>a) certificazione del responsabile della UO di degenza che trattasi di una <b>menomazione grave e permanente</b> e che sussiste la <b>necessità e l'urgenza</b> dell'applicazione di un dispositivo (protesi, ortesi o ausilio tecnico) prima della dimissione (<b>cf. allegato 3</b>);</li><li>b) il <b>progetto riabilitativo</b> redatto dallo specialista competente</li></ul> Per la erogazione dell'ausilio tecnico non è necessario sia avviata contestualmente la procedura per il riconoscimento dell'invalidità, mentre ciò è necessario per la fornitura della protesi o dell'ortesi.
f)	I soggetti ex LR n. 34/2003 <ul style="list-style-type: none"><li>• con incontinenza urinaria grave;</li><li>• con incontinenza urinaria e/o fecale congenita;</li><li>• con incontinenza urinaria e/o fecale che, a seguito di intervento chirurgico, abbiano attuato un nuovo collegamento provvisorio o permanente tra cavità interne del corpo e l'esterno (stomie);</li><li>➤ con tracheostomia.</li></ul>

NB: In osservanza e attuazione di quanto previsto dalla **DGR n. 5273 del 29.12.1998 Linee guida sulla attivazione delle varie forme di Assistenza domiciliare**, per i pazienti presi in carico secondo il profilo ADI di tipo D (ADIMED) . . . *nel rispetto del principio della complessità e globalità dell'intervento non scindibile in sottolivelli assistenziali frammentari ed autonomi nel senso che il soggetto destinato a tale forma di ADI va tutelato nella sua pienezza analogamente a quanto avviene in ambiente ospedaliero o residenziale* . . . l'Azienda si dota dei dispositivi necessari di cui al DM 332/99 e li impiega a favore del paziente a prescindere dal possesso dei requisiti previsti dall'art. 2 di detto Decreto.

## 5.2 LE MODALITÀ DI EROGAZIONE

Il procedimento per l'erogazione dei DISPOSITIVI deve seguire obbligatoriamente le seguenti tappe:

- 1 **LA PRESCRIZIONE con redazione del PROGRAMMA TERAPEUTICO**
- 2 **L'AUTORIZZAZIONE,**
- 3 **LA FORNITURA,**
- 4 **IL COLLAUDO**

In ogni passaggio sono coinvolti in modo diverso l'utente, il prescrittore e il fornitore (**cf. allegato 4**).

### 5.2.1 LA PRESCRIZIONE

La fase della prescrizione rappresenta il momento più significativo e delicato per il soggetto con disabilità; viene redatta da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale, dipendente o convenzionato, competente per la tipologia di menomazione o disabilità per le quali si prescrive il dispositivo necessario. Per specialista convenzionato si intende anche lo specialista operante nelle strutture accreditate per la relativa specialità (ad es. per la prescrizione di dispositivi per la respirazione la struttura dovrà essere accreditata per la pneumologia).

La prescrizione costituisce parte integrante di un **programma di prevenzione, cura e riabilitazione** delle lesioni, o delle patologie che determinano la menomazione, la minorazione e la disabilità; la prevenzione non ha quindi solo valenza sanitaria, ma anche sociale.

La **PRIMA PRESCRIZIONE** di un dispositivo deve comprendere:

- una **diagnosi circostanziata**, che scaturisca da una completa valutazione clinica e strumentale dell'assistito;
- **l'indicazione del dispositivo** completa del codice identificativo riportato nel nomenclatore e l'indicazione degli eventuali adattamenti necessari per la sua personalizzazione;
- un **programma terapeutico - riabilitativo** di utilizzo del dispositivo comprendente:
  - il significato terapeutico e riabilitativo;
  - le modalità, i limiti e la prevedibile durata di impiego del dispositivo;
  - le possibili controindicazioni;
  - le modalità di verifica del dispositivo in relazione all'andamento del programma terapeutico.

Il paziente, o chi lo assiste, deve inoltre essere informato circa le caratteristiche funzionali e terapeutiche e sulle modalità di utilizzo del dispositivo stesso.

### IL PROGRAMMA DI PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE

Il programma di prevenzione, cura e riabilitazione non è tanto un requisito burocratico per la concessione di un dispositivo a carico del Servizio Sanitario Nazionale, ma è essenziale per rendere efficace l'intervento riabilitativo.

In questo programma deve essere descritto il significato terapeutico e riabilitativo e cioè con quali premesse e con quali finalità si intende utilizzare un determinato dispositivo indicandone le modalità e i limiti di utilizzo, la prevedibile durata di impiego, le possibili controindicazioni e i momenti di verifica.

Per quanto riguarda le indicazioni per la prescrizione di **AUSILI PER FAVORIRE LA GESTIONE E LA MOBILITA' DEL PAZIENTE EX DM 332/99** di cui alla nota 15.12.2010 prot. 79284 del Dirigente Prov.v.to che trasmette il Contratto per la fornitura triennale di ausili e materiale protesico di cui all'all. 1 del DM 332/99 e relativi servizi di consegna, ritiro, manutenzione e rimessaggio vedi **allegato 5**

### 5.2.2 L'AUTORIZZAZIONE

L'autorizzazione alla fornitura del dispositivo è rilasciata dalla UOC CP del **Distretto di residenza** previa verifica:

- del diritto alla erogazione,
- della corrispondenza tra la prescrizione medica ed i dispositivi codificati del Nomenclatore,
- del rispetto delle modalità e dei tempi di rinnovo in caso di forniture successive alla prima.

L'Azienda ULSS si impegna a dare adeguata e tempestiva risposta alla richiesta e comunque, in occasione di prima fornitura, **entro venti giorni dalla richiesta**; trascorso tale termine, l'autorizzazione alla prima fornitura si intende concessa (silenzio assenso).

Nel documento di autorizzazione viene riportato il corrispettivo riconosciuto al fornitore per l'erogazione del dispositivo prescritto. In caso di autorizzazione tacita il corrispettivo riconosciuto al fornitore è pari alla tariffa applicata o al prezzo determinato dalla stessa azienda di residenza dell'assistito.

L'eventuale differenza di costo è a carico dell'assistito.

Per la erogazione dei dispositivi ex comma 6 art. 1 del DM 332-99 *“in casi particolari, per i soggetti affetti da gravissime disabilità, l'Azienda Usl possa autorizzare la fornitura di dispositivi non inclusi negli elenchi del nomenclatore allegato, sulla base dei criteri fissati dal Ministero della Sanità d'intesa con la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, relativi alle condizioni dei soggetti, alle modalità di prescrizione e di controllo e alla tipologia di dispositivi che possono essere autorizzati”* vedi la DDG n. 77 del 7.4.2010.

### 5.2.3 LA FORNITURA

In riferimento alla eventuale fornitura di dispositivi di cui al Nomenclatore Tariffario e l'affidamento dei relativi servizi di consegna, ritiro, manutenzione e rimessaggio tramite ditta selezionata con specifica gara, lo specialista aziendale dovrà fare riferimento a detta Ditta, previa verifica della tipologia e della disponibilità dei dispositivi nuovi o ricondizionati.

In ogni caso le aziende fornitrici dei dispositivi prescritti sono tenute a rispettare tempi di consegna o fornitura specificamente previsti dall'allegato 2 al regolamento, che variano a seconda del prodotto.

Per le forniture urgenti il capitolato di gara prevede la fornitura entro 48 ore dalla richiesta.

### 5.2.4 IL COLLAUDO

Il collaudo accerta la congruenza clinica e la rispondenza del dispositivo ai termini dell'autorizzazione ed è l'ultima fase del procedimento di concessione dei dispositivi; le procedure di collaudo sono avviate dopo la consegna del prodotto.

Il collaudo viene eseguito dallo **specialista prescrittore** o da altro personale della sua unità operativa verificando la corrispondenza fra quanto prescritto e quanto fornito; il termine massimo per questa operazione è **20 giorni dalla data di consegna**, dopodiché il collaudo si intende effettuato e la relativa fattura deve essere posta in pagamento nei tempi e nei modi prestabiliti dalla normativa vigente.

Per i prodotti monouso (ad esempio: cateteri, pannoloni ecc.) non è previsto alcun collaudo.

## 6. LA CESSIONE IN COMODATO

I dispositivi protesici di cui agli elenchi 1e 2 del nomenclatore per i quali sia possibile il riutilizzo allo scopo di conseguire economie di gestione, si intendono ceduti in comodato (vedi DDG n. 366 dell'8 novembre 2010 “Inventariazione dei dispositivi protesici ed ausili durevoli” e nota del Direttore della FD del 12.11.2010 prot. 72073 sulla sua attuazione)

L'Azienda ne garantisce la perfetta funzionalità e sicurezza e fornisce all'assistito le istruzioni previste dalla normativa vigente.

L'azienda ULSS proprietaria degli apparecchi di cui all'elenco 3 del nomenclatore è tenuta

- ad assicurarne la perfetta funzionalità e la sicurezza;
- a fornire all'assistito le istruzioni previste dalla normativa vigente.

I contratti stipulati con i fornitori dei suddetti apparecchi prevedono la manutenzione e la tempestiva riparazione per tutto il periodo di assegnazione in uso all'assistito.

## **7. I TEMPI MINIMI DI RINNOVO**

7.1 La autorizzazione alla fornitura di nuovi dispositivi protesici è possibile, per i soggetti che abbiano compiuto i 18 anni, solo dopo che sia trascorso il tempo minimo di rinnovo, specifico per tipo di dispositivo, riportato nell'allegato 2 al regolamento.

7.2 I tempi minimi di rinnovo possono essere abbreviati, sulla base di una dettagliata relazione del medico prescrittore, per particolari necessità terapeutiche o riabilitative o in caso di modifica dello stato psicofisico dell'assistito.

7.3 In caso di smarrimento, di rottura accidentale, di particolare usura del dispositivo, di impossibilità tecnica della riparazione o di non convenienza della riparazione stessa ovvero di non perfetta funzionalità del presidio riparato, potrà essere autorizzata, per una sola volta, la fornitura di un nuovo dispositivo protesico prima che siano decorsi i tempi minimi di cui al comma 1, sulla base di una dichiarazione sottoscritta dall'invalido o da chi ne esercita la tutela.

7.4 Alla scadenza del tempo minimo, il rinnovo della fornitura è comunque subordinato alla verifica di idoneità e convenienza alla sostituzione o riparazione da parte del medico specialista prescrittore.

## **LISTA DI DISTRIBUZIONE**

- Direzione Sanitaria e UUOO di riferimento
- Direzione servizi Sociali e UUOO di riferimento
- Direzione Amministrativa e UUOO di riferimento
- Direzione della Funzione Distrettuale e UUOO/Servizi di riferimento
- Direzione Distretto 1 e UUOO di riferimento
- Direzione Distretto 2 e UUOO di riferimento
- Direzione Distretto 3 e UUOO di riferimento
- Direzione Ospedaliera e UUOO di riferimento
- Dipartimento di Prevenzione e UUOO di riferimento
- UOS Professioni Sanitarie
- Medici di Medicina Generale
- Pediatri di libera scelta
- Farmacie convenzionate
- Servizi sociali dei Comuni dell'ULSS 10
- Case di Riposo presenti nell'ULSS 10
- Strutture accreditate e di usuale riferimento (Casa di Cura Rizzola, La Nostra Famiglia, ecc.)
- Ditte fornitrici di usuale riferimento
- Principali associazioni di volontariato e di rappresentanza dei cittadini
- Utenza in generale

Il documento sarà anche pubblicato sul portale web dell'Azienda (esterno, interno, dei MMG/PLS)



## RICHIESTA EROGAZIONE DISPOSITIVI ex DM 332/99

Spett.le AZIENDA ULSS n.10 "Veneto Orientale" DISTRETTO  n.1  n. 2  n. 3

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

informato che i dispositivi erogati, ad eccezione di quelli su misura, **rimangono di proprietà dell'Azienda ULSS 10 con obbligo di restituzione al termine dell'utilizzo**

### CHIEDE L'EROGAZIONE dei DISPOSITIVI ex DM 332/99

per sé stesso (codice fiscale: \_\_\_\_\_)

a nome e per conto del/la sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

**ALLEGA alla presente domanda** (barrare una o più delle seguenti voci):

- prescrizione dello specialista;
- preventivo della Ditta fornitrice (per i dispositivi non forniti tramite gara);
- copia del verbale di invalidità definitivo o provvisorio (cfr. allegato 2); oppure
- certificazione del Responsabile della struttura di degenza (cfr. allegato 3); oppure
- copia della domanda di accertamento sanitario ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile e relativa certificazione medica;
- certificato medico specialistico ed esame audiometrico in originale (per la fornitura di protesi acustiche)
- altro \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**  **NON AUTORIZZA** inoltre l'ULSS 10 a provvedere tramite ditta aggiudicataria dell'appalto di fornitura ausili tecnici alla erogazione di dispositivi contemplati dall'elenco 1 del DM 332/99.

**DICHIARA** infine di essere stato informato che, ai sensi della Legge 675/96, i dati personali sono utilizzati per le seguenti finalità:

- erogazione dei dispositivi ex DM 332/99;
- costituzione del fascicolo personale per la complessiva gestione della attuale richiesta o delle eventuali nuove richieste.

Data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_



**SP.LE UFFICIO INVALIDI DELL'ULSS 10 SEDE DI**

**SAN DONÀ DI PIAVE**

**PORTOGRUARO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

sottoposto a visita per Invalidità Civile in data \_\_\_\_\_

**chiede**

sia consegnata copia del verbale provvisorio della suddetta visita al Distretto n. \_\_\_\_\_ per le seguenti finalità

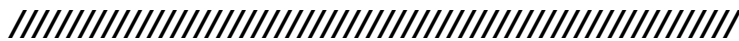
esenzione ticket per Invalidità Civile

erogazione di dispositivi ex DM 322/00 (protesi/ortesi/ausili tecnici)

altro \_\_\_\_\_

E' consapevole che nel caso che il verbale non sia confermato dalla Commissione di verifica, con conseguente perdita del diritto temporaneamente acquisito in base al suddetto verbale provvisorio dovrà rifondere il Servizio Sanitario Nazionale di tutti i benefici economici goduti nel corrispondente periodo.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



**UFFICIO INVALIDI DELL'ULSS 10 SEDE DI  SAN DONÀ DI PIAVE  PORTOGRUARO**

Vista la richiesta, si consegna al Distretto n. \_\_\_\_\_ copia del verbale provvisorio di Invalidità Civile.

Il funzionario dell'Ufficio Invalidi Civili \_\_\_\_\_

Per ricevuta Il funzionario del Distretto \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



**ULSS n. 10 "VENETO ORIENTALE"**

Ospedale di \_\_\_\_\_ Unità Operativa \_\_\_\_\_

**Al Direttore della UO Cure Primarie del Distretto n. \_\_\_\_**

Si comunica che il paziente \_\_\_\_\_  
degente presso questa UO dal \_\_\_\_\_, per consentirne la dimissione, ha la  
necessità:

dei seguenti dispositivi ex DM 332/99: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

dei dispositivi ex DM 332/99 indicati nella allegata prescrizione specialistica.

Si certifica altresì che:

- il paziente è affetto da una **menomazione grave e permanente**;
- sussiste la **necessità e l'urgenza** dell'applicazione del suddetto dispositivo.

Data \_\_\_\_\_

Il Direttore della UO \_\_\_\_\_

***NB: Per la erogazione dell'ausilio tecnico si prescinde dall'avvio contestuale della procedura per il riconoscimento dell'invalidità, mentre ciò è necessario per la fornitura della protesi o dell'ortesi.***

# EROGAZIONE DISPOSITIVI ex DM 332/99

Spett.le AZIENDA ULSS n. 10 "Veneto Orientale" DISTRETTO  n.1  n. 2  n. 3

<b>P R E S C R I Z I O N E</b>	Per il/la sig./ra _____ nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____ residente a _____ in via _____ affetto/a da: _____ <b>si prescrivono</b> i seguenti dispositivi ed aggiuntivi (indicarne i codici): _____ _____ _____ _____ <b>PROGRAMMA TERAPEUTICO</b> tempo d'impiego del presidio _____ modalità di controllo _____ variazioni prevedibili nel tempo _____ controindicazioni e limitazioni d'impiego _____ significato terapeutico e riabilitativo _____ altro _____ _____ _____ Trattandosi di fornitura successiva alla prima o anticipata rispetto ai tempi previsti, <b>si dichiara</b> che il dispositivo fornito in precedenza <input type="checkbox"/> non è più idoneo <input type="checkbox"/> non è riparabile data _____ <div style="text-align: right;">_____</div> <div style="text-align: right; font-size: small;">timbro e firma dello specialista prescrittore</div>
--	--

	<b>Il preventivo della Ditta (euro: _____) è allegato</b>
--	---

<b>A U T O R I Z Z A Z I O N E</b>	Sp.le ditta _____ vista la prescrizione dello specialista ed il preventivo suindicato <b>si autorizza</b> la fornitura/riparazione con/senza riserva di proprietà per l'importo complessivo di € _____ IVA inclusa Autorizzazione n. _____ del _____ <div style="text-align: right;">_____</div> <div style="text-align: right; font-size: small;">Il Direttore della UOC Cure Primarie</div>
--	--

<b>D I C H I A R A Z I O N E</b>	Il sottoscritto <b>dichiara</b> di aver ricevuto in data _____ il dispositivo prescritto, di esprimere il completo gradimento al riguardo e <b>si impegna</b> a far effettuare il collaudo del dispositivo entro 20 giorni. <div style="text-align: right;">_____</div> <div style="text-align: right; font-size: small;">firma dell'interessato o di chi ne fa le veci</div>
--	--

<b>C O L L A U D O</b>	Si <b>dichiara</b> che il dispositivo con matricola n. _____ è stato collaudato in data _____ con esito favorevole. <div style="text-align: right;">_____</div> <div style="text-align: right; font-size: small;">timbro e firma dello specialista prescrittore</div>
--	---

## INDICAZIONI PER LA PRESCRIZIONE DI AUSILI PER FAVORIRE LA GESTIONE E LA MOBILITA' DEL PAZIENTE ex DM 332/99

### LETTI ORTOPEDICI

- il letto ortopedico insieme ad una carrozzina pieghevole ad autospinta possono essere prescritti solo dallo specialista fisiatra;
- il letto ortopedico con base regolabile in altezza può essere prescritto solo dal fisiatra sulla base di un progetto riabilitativo individuale che permetta di evitare la prescrizione di un sollevapersone.

### PARAMETRO DELLA CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE

Il parametro per cui un soggetto viene considerato o meno deambulante, è dato dall'autonomia di cammino di 50 metri (con o senza ausili) che costituisce il limite della deambulazione funzionale.

### CARROZZINE

- La prescrizione di carrozzina pieghevole ad autospinta congiuntamente alla sedia per wc e doccia o al deambulatore è riservata esclusivamente allo specialista fisiatra che ne dovrà motivare la necessità tramite uno specifico "**progetto riabilitativo**";
- la prescrizione di **carrozzina superleggera ad autospinta** (cod. 12.21.06.060) è indicata solo per i soggetti non deambulanti che svolgono un'intensa attività esterna; può essere prescritta solo dallo specialista fisiatra;
- Per quanto riguarda la prescrizione di **di motocarrozzina**, in caso di dubbi sulle capacità cognitive del paziente in relazione all'utilizzo dell'ausilio, dovrà essere indicata al curante la necessità di una valutazione neuropsichica come da nomenclatore tariffario;
- La prescrizione di **carrozzina elettrica** o di **motocarrozzina** esclude la possibilità di prescrivere una carrozzina superleggera, e viceversa;
- La **carrozzina superleggera ad autospinta**, la **carrozzina elettrica** e la **motocarrozzina** possono essere prescritte solo dallo specialista fisiatra.

### MONTASCALE

Il montascale va prescritto di norma ad utenti ne fanno un uso quotidiano per necessità lavorative o sociali e per i quali:

- uscire dal proprio domicilio o muoversi al suo interno costituiscano un requisito per il mantenimento di una efficace vita di relazione;
- sussista la necessità di spostamenti frequenti e prevedibili;
- sussistano adeguate garanzie sul versante cognitivo del paziente;

sempre comunque nell'ambito di un progetto riabilitativo di autonomia funzionale.

La prescrizione del montascale è competenza esclusiva del fisiatra che redige una relazione nella quale ne individua la necessità (allegato 1) e la invia alle Cure Primarie per avviare il percorso, effettuerà solo in seguito la prescrizione, previa acquisizione delle indicazioni di:

- Tecnico Ortopedico
- Servizio Tecnico e Servizi Sociali Comunali

in modo da valutare non solo la possibilità di installare un elevatore o costruire una rampa, ma soprattutto le reali necessità dell'ausilio, la possibilità di adattare l'abitazione, l'affidabilità del care giver e se l'abitazione sia soggetta alla Legge 13/90.

Al fine di consentire al fisiatra la scelta più appropriata al riguardo, è stata definita una specifica scheda per ciascuna figura professionale coinvolta nel processo prescrittivo, riportante tutte le informazioni necessarie allo specialista fisiatra (allegati 5/A, 5/B, 5/C).

## **SOLLEVAPERSONE**

Va prescritto sempre un sollevapersone manuale a meno che

- il care giver non dia alcuna garanzia sul piano fisico;
- si tratti di soggetti obesi.

Va verificata inoltre la possibilità di installare sollevapersone a parete o a soffitto; detta attrezzatura, non compresa nel nomenclatore tariffario, può risultare utile nei casi di carenza di spazio, offrendo inoltre maggior sicurezza d'uso rispetto alle attrezzature mobili; gli oneri di tale fornitura sono a carico dell'utente oppure dei comuni tramite apposite convenzioni con le Ditte fornitrici.

## **AUSILI SU MISURA (ELENCO 1 DEL NOMENCLATORE TARIFFARIO)**

E' subordinata alla esclusiva prescrizione specialistica del fisiatra o, in alcuni casi, del neuropsichiatra infantile l'autorizzazione alla erogazione dei seguenti ausili:

- ausili per terapia ed addestramento (cod. 03.48),
- ausili per la posizione seduta (cod. 18.09),
- veicoli (cod. 12.27),
- biciclette (cod. 12.18).

## **PROTESI PER AMPUTATI**

E' preferibile che la prescrizione di una protesi in soggetti amputati venga fatta dallo specialista fisiatra in accordo con lo specialista chirurgo.

## **VERIFICHE**

Le verifiche dell'utilizzo dei montascale dovranno essere effettuate non prima di 3 e non oltre i 6 mesi dalla fornitura e la verifica sarà effettuata dalle UU.OO. Cure Primarie.

Per quanto riguarda le carrozzine elettriche e le motocarrozze sarà cura delle UU.OO. Cure Primarie inviare agli utenti un questionario di verifica dell'utilizzo di questi ausili non prima di 3 e non oltre i 6 mesi dalla fornitura.

## **COLLAUDO**

Qualsiasi fornitura di dispositivi (ausili, protesi e ortesi) è sottoposta al collaudo da parte dello specialista prescrittore o della sua UO di appartenenza.

In presenza di ausili intrasportabili il collaudo sarà effettuato a domicilio del paziente a cura della UO Cure Primarie.

Al Direttore dell'UOC Cure Primarie del Distretto n. \_\_\_\_

p.c. al Medico Curante dott. \_\_\_\_\_

**OGGETTO: PRESCRIZIONE DI MONTASCALE**

Il/la sig/ra: \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ abitante in via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ è stato valutato/a in data odierna

- in costanza di ricovero presso la UO di \_\_\_\_\_
- presso questo ambulatorio divisionale
- a domicilio

e risulta affetto/a da affetto da \_\_\_\_\_

Viene riferito/è stato verificato:

- che il/la paziente dimora in abitazione che presenta barriere architettoniche interne/esterne ed è sprovvista di ascensore o rampe di accesso alternativo;
- che gli attuali livelli di autonomia conseguenti alla situazione clinica non gli/le consentono di superare tali barriere architettoniche.

Si provvederà pertanto alla prescrizione di montascale, dopo aver acquisito:

- A. la specifica relazione sociale;
- B. il verbale di sopralluogo del Tecnico del Comune;
- C. la valutazione tecnica dell'azienda che ha in appalto l'erogazione del dispositivo;

che consentano

- la verifica della idoneità dell'ambito familiare/sociale/strutturale;
- la individuazione della tipologia (a cingoli, a ruote) e del modello adeguato dell'ausilio.

Distinti saluti

Il Fisiatra

%%

Alla Ditta Sapio: si richiede sopralluogo e valutazione tecnica.

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ il Direttore dell'UOC Cure Primarie del Distretto n.





	Frequenza dell'utilizzo				
	piu' volte al giorno	una volta al giorno	settimanalmente	mensilmente	saltuaria
<b>Motivazioni dell'utilizzo</b>					
<b>Sanitarie:</b> accesso a terapie programmate visite mediche					
<b>Socializzazione:</b> frequenza di negozi, parenti, chiesa, cimitero e incontri					
<b>Diritto allo studio:</b> frequenza scolastica ed universitaria					
<b>Integrazione lavorativa:</b> per raggiungere il posto di lavoro o per svolgere attività occupazionale"					
<b>Curare i propri interessi:</b> per recarsi presso uffici postali, banca					

I competenti uffici comunali sono/non sono stati attivati per l'istanza di erogazione **CONTRIBUTO REGIONALE** per l'abbattimento delle barriere architettoniche:

li, \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

qualifica e firma \_\_\_\_\_

AL DIRETTORE U.O.C. CURE PRIMARIE DISTRETTO n.  
UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

## RICHIESTA DI FORNITURA MONTASCALE

### SCHEMA DI RILEVAZIONE TECNICO / EDILIZIA

Rilevazione eseguita per il/la sig/ra:

\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ altro \_\_\_\_\_  
domicilio \_\_\_\_\_

**CARATTERISTICHE DELL'ALLOGGIO** (ubicazione, tipologia, di proprietà, in affitto da privati o da enti pubblici, data ultimi interventi e/o modifiche edilizie, altre notizie) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DESCRIZIONE:**(particolare attenzione alla presenza di **BARRIERE ARCHITETTONICHE**)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Modalità di **SUPERAMENTO** della BA (interventi edilizie e/o installazione di strumenti oppure indicarne la impossibilità) \_\_\_\_\_

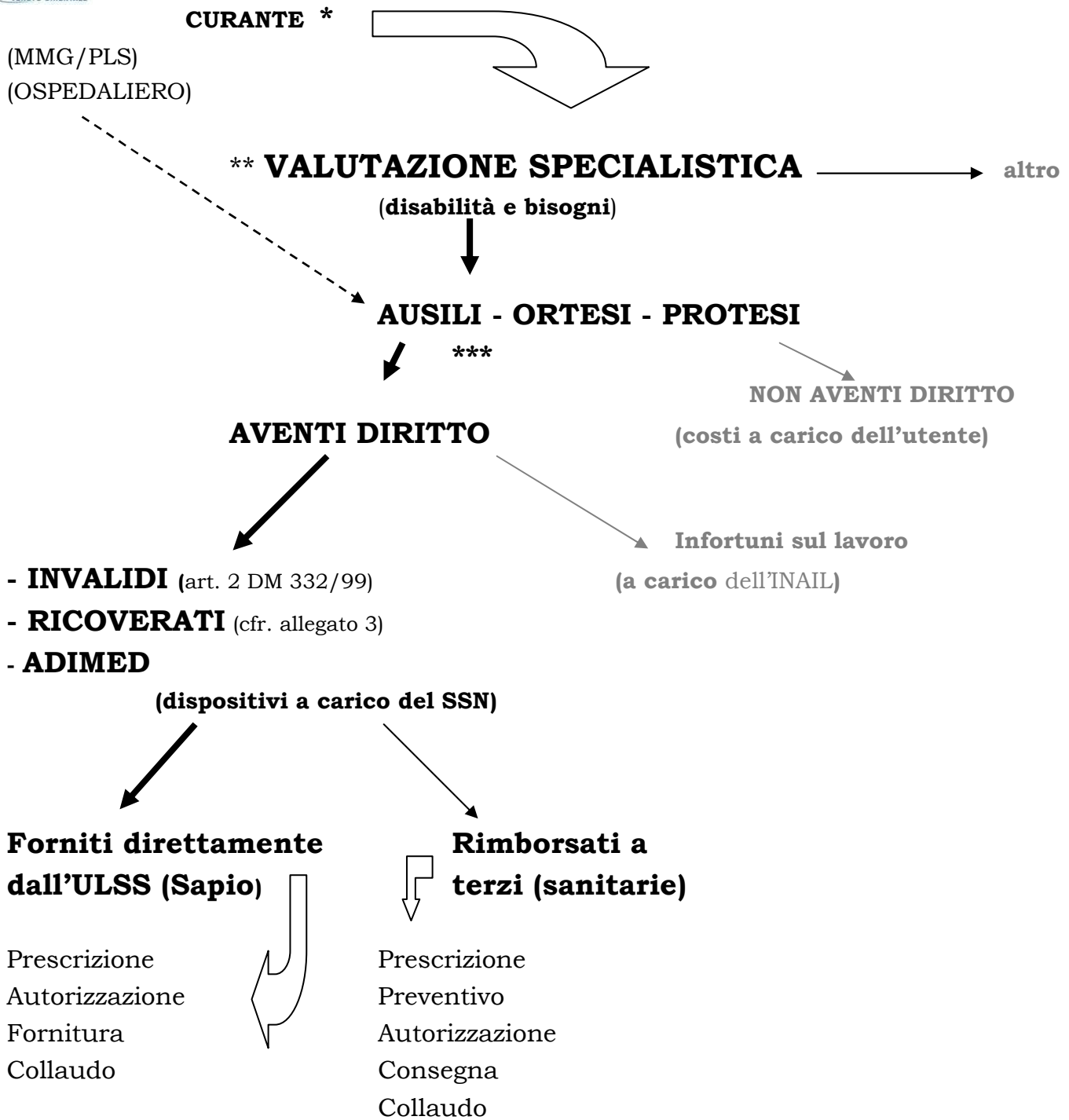
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In riferimento alla **LEGGE 13/89** indicare quali interventi sono stati previsti in riferimento alla dattabilità-visitabilità-accessibilità (allegare eventuali grafici e la concessione edilizia)

\_\_\_\_\_





\* Il Medico Ospedaliero deve prescrivere direttamente gli ausili se specialista competente o in quelle situazioni in cui significato dell'ausilio sia essenzialmente assistenziale (ad es. letto ortopedico, sponde di contenimento, materasso antidecubito, presidi per l'incontinenza).

\*\* Il fulcro della procedura non è la concessione dell'ausilio, ma la **valutazione della disabilità** e degli eventuali bisogni da parte dello specialista competente.

\*\*\* Tra i bisogni possono esserci i dispositivi con eventuale diritto alla fornitura da parte dell'INAIL o del SSN. Tra questi ultimi vi sono, oltre agli invalidi (riconosciuti o in corso di riconoscimento) i pazienti in dimissione ospedaliera con necessità di ausili dichiarata dal Direttore della UO ospitante (cfr. allegato 3). Alcuni ausili sono forniti direttamente dall'Azienda (appalto Sapio) anche con eventuale consegna già in reparto; altri hanno caratteristiche più personalizzate e sono forniti da strutture convenzionate.