



REGIONE DEL VENETO

AZIENDA ULSS n.

MODELLO VERBALE DI ISPEZIONE PRESSO L'UNITA' LOCALE

- ORTO-PROTESICA
- OTTICO-OPTOMETRISTA
- AUDIO-PROTESICA

In data _____ alle ore _____ la commissione ispettiva prevista dalla delibera regionale n. _____ e nominata con provvedimento aziendale n. _____ del. _____ costituita da:

- Dott./Dott.ssa _____ Direttore (o suo delegato) del Dipartimento della prevenzione dell'Azienda ULSS n. **presidente**
- Dott./Dott.ssa _____ afferente al Dipartimento Accreditamento /Qualità (qualifica di.....) **componente**
- Dott./Dott.ssa _____ afferente a..... (qualifica di.....) **componente**
- Dott./Dott.ssa _____ rappresentante dell'Associazione del settore (di competenza dell'erogatore destinatario dell'ispezione) con qualifica di _____
- Dott./Dott.ssa/Sig./Sig.ra _____ funzionario dell'Azienda U.L.S.S. n. _____ con funzioni di segretario verbalizzante,
procede all'ispezione:

- per richiesta di autorizzazione alla nuova fornitura di protesi ortesi e ausili tecnici a carico del SSN e all'inserimento nell'elenco regionale degli erogatori, acquisita al protocollo aziendale n. _____ del _____
- per richiesta di autorizzazione al mantenimento fornitura di protesi, ortesi e ausili tecnici a carico del SSN e all'inserimento nell'elenco regionale degli erogatori, acquisita al protocollo aziendale n. _____ del _____
- per visita ordinaria

presso

- sede operativa _____ (indicare la denominazione) _____



filiale _____ (indicare la denominazione) _____

ubicata via/piazza _____ n. _____ Comune di _____
Prov. _____

alla presenza del Dott./Sig. _____ in qualità di _____
(Titolare/Legale Rappresentante o delegato)*

ed eventualmente anche

alla presenza del Dott./Sig. _____ in qualità di _____
(Direttore tecnico – aziende ortopediche/Responsabile tecnico-aziende ortopediche ed ottico-optometriche)

e del Dott./Sig. _____ in qualità di _____
(altro).

La commissione sulla base delle seguenti 4 pertinenti schede _____
_____ (parti integranti del presente verbale) , ha accertato quanto segue.

*se presente il delegato esibire l'atto di delega

GIUDIZIO SINTETICO DEL RISULTATO DELL'ISPEZIONE

(eventuali rilievi, osservazioni e diffide)



PRESCRIZIONI DI ADEGUAMENTO:

NO SI**:

le seguenti:

**se si specificare la data entro cui effettuare gli adeguamenti (comunque non oltre 12 mesi dalla data ispezione)

DICHIARAZIONI A VERBALE:

Il Titolare/Legale Rappresentante/ delegato _____

fa presente che

Si dà atto che le operazioni di controllo sono ultimate alle ore _____ del _____
e che copia del verbale è consegnata seduta stante al Titolare/ Legale rappresentante /delegato

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

I componenti della Commissione
(qualifica)

(firma)



Titolare/legale rappresentante o delegato

Il segretario verbalizzante



Scheda 1. REQUISITI DOCUMENTALI

1.0 – E’ presente la planimetria completa dell’unità locale, con indicate le destinazioni d’uso dei locali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.1 - E’ presente l’Autorizzazione commerciale comunale ovvero è stata presentata la DIAP/SCIA (riportare gli estremi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.2 - E’ presente il Documento Programmatico sulla sicurezza dei dati personali (DPS) * *GDPR 2018 Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali e s.m.i	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.3 – E’ presente il documento di valutazione del rischio (DVR) (DL n. 81 del 2008)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.4 - E’ presente la documentazione per la gestione della tracciabilità del prodotto e del processo recante le informazioni richieste (Solo per le sedi operative)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.5 – E’ presente una certificazione di procedura operativa standardizzata a garanzia dell’affidabilità e qualità dei processi aziendali: UNI EN ISO 9001:2015 – Sistema di gestione per la qualità –Requisiti UNI CEI EN ISO 13485:2016 – Dispositivi medici- sistemi di gestione per la qualità-requisiti per scopi regolamentari Altra certificazione (indicare quale)_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.6 - E’ stata stipulata una polizza di assicurazione R.C. Prodotto Non obbligatorio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.7 - E’ stata stipulata una polizza di assicurazione R.C. Terzi /R.C.O. o altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera (Legge n. 24 del 8.3.2017)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.8 - E’ stata stipulata un’Assicurazione R.C. professionale del Direttore Tecnico (per le aziende ortopediche) o del Responsabile Tecnico (per le aziende ottico-optometriche ed audioprotesiche) (DPR 7 agosto 2012, n.137 art.5)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.9 - E’ stata stipulata un’Assicurazione R.C. professionale operatore sanitario (DPR 7 agosto 2012, n.137 art.5)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Scheda 2. REQUISITI ORGANIZZATIVI E FUNZIONALI: PERSONALE

N. Dipendenti: _____

Direttore Tecnico (aziende ortopediche)/Responsabile Tecnico (aziende ottico-optometriche e audioprotesiche)	Cognome _____ Nome _____ CF _____ Profilo Professionale _____
Altri tecnici	Cognome _____ Nome _____ CF _____ Cognome _____ Nome _____ CF _____
Profilo professionale dei tecnici	<input type="checkbox"/> Tecnico Ortopedico <input type="checkbox"/> Tecnico Ottico Optometrista



	<input type="checkbox"/> Tecnico Audioprotesista
Tipologia del rapporto di lavoro del tecnico/tecnici	<input type="checkbox"/> titolarità <input type="checkbox"/> dipendenza <input type="checkbox"/> attività libero professionale <input type="checkbox"/> altro: specificare _____
I giorni e orari di presenza del personale tecnico presso la sede operativa/filiale sono esposti e ben visibili dall'esterno?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
L'organigramma aziendale con le funzioni svolte e la relativa qualifica professionale è esposto e ben visibile?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Il personale presente in azienda espone un cartellino identificativo con la propria qualifica?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Scheda 3a. REQUISITI MINIMI STRUTTURALI SPECIFICI PER GLI EROGATORI DI PRESTAZIONI ORTO-PROTESICHE

3a.1 - In tutti i locali sono assicurate illuminazione e ventilazione adeguate in conformità a quanto indicato dal T.U. sulla salute e sicurezza sul lavoro D. Lgs.81/2008	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3a.2 - Le zone di accesso agli utenti disabili sono prive di barriere architettoniche oppure dotate di adeguati mezzi tecnologici per il superamento delle stesse (montascale, rampe, etc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3a.3 - I locali dedicati al rilievo delle misure, alle prove e all'applicazione dei dispositivi da erogare e il locale laboratorio sono dedicati esclusivamente al processo erogativo di soli dispositivi <u>ortoprotesici</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3a.4 - È presente un servizio igienico, <u>dedicato agli operatori</u> , comunicante con un antibagno dotato di lavabo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: a) porta di accesso apribile verso l'esterno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ¹ in quanto l'antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3a.5 - È presente un servizio igienico <u>dedicato agli utenti</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Questo servizio igienico è <u>dedicato esclusivamente agli utenti</u> ed è comunicante con un antibagno dotato di lavabo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: a) porta di accesso apribile verso l'esterno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ² in quanto l'antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - Allegato A	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Questo <u>servizio igienico dedicato agli utenti coincide con quello dedicato agli operatori</u> ed è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - Allegato A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3a.6 - È presente un locale <u>spogliatoio</u> per gli addetti Esso è dotato delle seguenti caratteristiche:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

¹ In caso di ventilazione artificiale questa deve assicurare almeno 5 ricambi/ora se continua e 10 ricambi/ora se temporizzata, con durata tale da garantire un completo ricambio ad ogni utilizzo



a) superficie in pianta non inferiore a mq 1,5 per addetto;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) assicura l'illuminazione naturale diretta nel rapporto di 1/10 della superficie di calpestio;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) è provvisto di: - ventilazione meccanica che assicura un ricambio orario di almeno 5 volumi d'aria all'ora. (DGR N.1887/97) - aerazione naturale diretta nel rapporto di 1/20 della superficie di calpestio.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3a.7 - Il locale di vendita aperto al pubblico è dotato di:	
a) un' area di attesa opportunamente attrezzata con un numero congruo di sedie amovibili al fine di ospitare gli utenti in attesa dell'erogazione dell'ausilio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
a) un'area di consegna dei dispositivi atta a consentire la tutela della privacy dell'assistito al momento della richiesta e dell'erogazione degli stessi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3a.8 - È presente un locale ad uso ufficio, o un'area all'interno dei locali commerciali, dedicato alle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei dispositivi e la conservazione della documentazione a garanzia della tutela dei dati sensibili degli assistiti.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3a.9 - È presente un locale laboratorio, distinto e separato dagli altri ²	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3a.10 - Il locale laboratorio presenta spazi idonei a consentire la disposizione delle attrezzature, dei macchinari e dei banchi di lavoro oltre che il loro uso in sicurezza da parte del personale.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esso è dotato delle seguenti caratteristiche:	
a) collocazione fuori terra;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b.1) dimensione minima non inferiore a 30m ² o a 40m ² (30m ² + 10m ²) (in caso di produzione di calzature e plantari)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b.2) dimensione minima non inferiore a 60m ² (in caso di produzione di calzature, plantari, tutori di arto inferiore e superiore, busti per scoliosi, sistemi posturali e protesica)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) altezza interna non inferiore a 3 metri lineari;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
d) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
e) illuminazione naturale diretta 1/10 della superficie di calpestio di cui il 50% della superficie illuminante apribile	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3a.11 - Il locale laboratorio è provvisto di:	
a) un'area di supporto dedicata alla funzione di magazzino in cui vengono depositate e stoccate le materie prime, la componentistica ed i prodotti finiti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) un locale attiguo (distinto dal laboratorio) con funzione di magazzino	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
che presenta le seguenti caratteristiche:	
a) dimensione non inferiore a 10m ² (in aggiunta ai 30 m ² del laboratorio);	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) altezza interna non inferiore a 2,40 metri lineari;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
d) illuminazione e ventilazione naturale diretta 1/30 della superficie di calpestio (requisito richiesto solo se il magazzino è situato in un locale distinto dal laboratorio)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3a.12 - Area magazzino (solo per le filiali) È presente un locale o area adeguati destinati allo stoccaggio della merce	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

² Il campo deve essere lasciato vuoto nel caso si tratti di filiale in quanto il laboratorio non è previsto.



3a.13 - È presente un locale “prova utenti” nel quale vengono effettuati i rilievi delle misure, le prove e l’applicazione dei dispositivi agli assistiti.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esso presenta le seguenti caratteristiche:	
a) dimensione non inferiore a 9m ² ;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) altezza interna non inferiore a 2,70 metri lineari;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) è provvisto di:	
- illuminazione e ventilazione naturale diretta 1/10 ed 1/20 della superficie di calpestio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- illuminazione e ventilazione artificiale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Scheda 3b - REQUISITI MINIMI STRUTTURALI PER GLI EROGATORI DI PRESTAZIONI OTTICO-OPTOMETRICHE

3b.1 - In tutti i locali sono assicurate illuminazione e ventilazione adeguate in conformità a quanto indicato dal T.U. sulla salute e sicurezza sul lavoro D. Lgs.81/2008, fatta eccezione per i locali dedicati alle prove audioprotesiche nei quali sono necessari spazi dedicati in cui devono essere abbattuti i rumori di fondo e il riverbero dei suoni.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3b.2 - Le zone di accesso agli utenti disabili sono prive di barriere architettoniche oppure dotate di adeguati mezzi tecnologici per il superamento delle stesse (montascale, rampe, etc.).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3b.3 - I locali dedicati al rilievo delle misure, alle prove e all'applicazione dei dispositivi da erogare e il locale laboratorio sono dedicati esclusivamente al processo erogativo di soli dispositivi <u>ottici</u> .	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3b.4 - È presente un servizio igienico, <u>dedicato agli operatori</u> , comunicante con un antibagno dotato di lavabo.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esso è dotato delle seguenti caratteristiche:	
a) porta di accesso apribile verso l'esterno;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ³ in quanto l'antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3b.5 - È presente un servizio igienico <u>dedicato agli utenti</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Questo servizio igienico è <u>dedicato esclusivamente agli utenti</u> ed è comunicante con un antibagno dotato di lavabo.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esso è dotato delle seguenti caratteristiche:	
a) porta di accesso apribile verso l'esterno;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ⁴ in quanto l'antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - Allegato A	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Questo <u>servizio igienico dedicato agli utenti</u> coincide con quello <u>dedicato agli operatori</u> ed è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

³In caso di ventilazione artificiale questa deve assicurare almeno 5 ricambi/ora se continua e 10 ricambi/ora se temporizzata, con durata tale da garantire un completo ricambio ad ogni utilizzo

⁴In caso di ventilazione artificiale questa deve assicurare almeno 5 ricambi/ora se continua e 10 ricambi/ora se temporizzata, con durata tale da garantire un completo ricambio ad ogni utilizzo



1428 del 06.09.2011 - Allegato A	
3b.6 - È presente un locale <u>spogliatoio</u> per gli addetti o in alternativa - E' presente un'area adibita a cambio d'abito provvista di armadietti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se presente il locale spogliatoio (obbligatorio solo laddove l'organizzazione interna all'azienda prevede che i lavoratori indossino indumenti di lavoro specifici - D. Lgs. 81/2008) lo stesso è dotato delle seguenti caratteristiche:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
a) superficie in pianta non inferiore a mq 1,5 per addetto;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) assicura l'illuminazione naturale diretta nel rapporto di 1/10 della superficie di calpestio;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) è provvisto di:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- ventilazione meccanica che assicura un ricambio orario di almeno 5 volumi d'aria all'ora (DGR N.1887/97)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- aerazione naturale diretta nel rapporto di 1/20 della superficie di calpestio.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3b.7 - Il locale di vendita aperto al pubblico è dotato di:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
a) un' area di attesa opportunamente attrezzata con un numero congruo di sedie amovibili al fine di ospitare gli utenti in attesa dell'erogazione dell'ausilio.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) un'area di consegna dei dispositivi atta a consentire la tutela della privacy dell'assistito al momento della richiesta e dell'erogazione degli stessi.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3b.8 - È presente un locale ad uso ufficio, o un'area all'interno dei locali commerciali, dedicato alle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei dispositivi e la conservazione della documentazione a garanzia della tutela dei dati sensibili degli assistiti.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3b.9 - È presente un locale laboratorio, distinto e separato dagli altri ⁵	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3b.10 - Il locale laboratorio presenta spazi idonei a consentire la disposizione delle attrezzature, dei macchinari e dei banchi di lavoro oltre che il loro uso in sicurezza da parte del personale. Esso è dotato delle seguenti caratteristiche:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
a) collocazione fuori terra;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) dimensione non inferiore a 12m ² o a 18m ² (12m ² + 6m ²)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) altezza interna non inferiore a 3 metri lineari;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
d) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
e) illuminazione naturale diretta 1/10 della superficie di calpestio di cui il 50% della superficie illuminante apribile	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3b.11 - Il locale laboratorio è essere provvisto di (requisito non obbligatorio):	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
a) <u>un'area di supporto dedicata alla funzione di magazzino</u> in cui vengono depositate e stoccate le materie prime, la componentistica ed i prodotti finiti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) un <u>locale attiguo</u> (distinto dal laboratorio) con <u>funzione di magazzino</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
che presenta le seguenti caratteristiche:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
a) dimensione non inferiore a 6m ² (in aggiunta ai 12 m ² del laboratorio);	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) altezza interna non inferiore a 2,40 metri lineari;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

⁵ Il campo deve essere lasciato vuoto nel caso si tratti di filiale in quanto il laboratorio non è previsto



d) illuminazione e ventilazione naturale diretta 1/30 della superficie di calpestio (requisito richiesto solo se il magazzino è situato in un locale distinto dal laboratorio)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3b.12 - Area magazzino (solo per le filiali requisito non obbligatorio): È presente un locale o area adeguati destinati allo stoccaggio della merce	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3b.13 - È presente un locale “prova utenti” nel quale vengono svolte le prove e l’adattamento dei soli dispositivi ottici agli assistiti, nonché dove viene effettuato l’addestramento. Esso presenta le seguenti caratteristiche:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
a) dimensione non inferiore a 9m ² ;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) altezza interna non inferiore a 2,70 metri lineari;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) è provvisto di:	
– illuminazione e ventilazione naturale diretta 1/10 ed 1/20 della superficie di calpestio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
– illuminazione e ventilazione artificiale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Scheda 3c - REQUISITI MINIMI STRUTTURALI PER GLI EROGATORI DI PRESTAZIONI AUDIOPROTESICHE

3c.1 - In tutti i locali sono assicurate illuminazione e ventilazione adeguate in conformità a quanto indicato dal T.U. sulla salute e sicurezza sul lavoro D. Lgs.81/2008, fatta eccezione per i locali dedicati alle prove audioprotesiche nei quali sono necessari spazi dedicati in cui devono essere abbattuti i rumori di fondo e il riverbero dei suoni.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3c.2 - Le zone di accesso agli utenti disabili sono prive di barriere architettoniche oppure dotate di adeguati mezzi tecnologici per il superamento delle stesse (montascale, rampe, etc.).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3c.3 - I locali dedicati al rilievo delle misure, alle prove e all'applicazione dei dispositivi da erogare sono dedicati esclusivamente al processo erogativo di soli dispositivi <u>audioprotesici</u> .	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3c.4 - È presente un servizio igienico, <u>dedicato agli operatori</u> , comunicante con un antibagno dotato di lavabo. Esso è dotato delle seguenti caratteristiche:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
a) porta di accesso apribile verso l'esterno;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ⁶ in quanto l'antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3c.5 - È presente un servizio igienico <u>dedicato agli utenti</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Questo servizio igienico è <u>dedicato esclusivamente agli utenti</u> ed è comunicante con un antibagno dotato di lavabo. Esso è dotato delle seguenti caratteristiche:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
a) porta di accesso apribile verso l'esterno;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ⁷ in quanto l'antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - Allegato A	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

⁶ In caso di ventilazione artificiale questa deve assicurare almeno 5 ricambi/ora se continua e 10 ricambi/ora se temporizzata, con durata tale da garantire un completo ricambio ad ogni utilizzo

⁷ In caso di ventilazione artificiale questa deve assicurare almeno 5 ricambi/ora se continua e 10 ricambi/ora se temporizzata, con durata tale da garantire un completo ricambio ad ogni utilizzo



- Questo <u>servizio igienico dedicato agli utenti coincide con quello dedicato agli operatori</u> ed è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - Allegato A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3c.6 È presente un locale <u>spogliatoio</u> per gli addetti o in alternativa - E' presente un'area adibita a cambio d'abito provvista di armadietti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Se presente un locale <u>spogliatoio</u> (obbligatorio solo laddove l'organizzazione interna all'azienda prevede che i lavoratori indossino indumenti di lavoro specifici - D. Lgs. 81/2008). Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: a) superficie in pianta non inferiore a mq 1,5 per addetto;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) assicura l'illuminazione naturale diretta nel rapporto di 1/10 della superficie di calpestio;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) è provvisto di: - ventilazione meccanica che assicura un ricambio orario di almeno 5 volumi d'aria all'ora. (DGR N.1887/97) - aerazione naturale diretta nel rapporto di 1/20 della superficie di calpestio.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3c.7 - Il locale di vendita aperto al pubblico è dotato di:	
a) un' area di attesa opportunamente attrezzata con un numero congruo di sedie amovibili al fine di ospitare gli utenti in attesa dell'erogazione dell'ausilio.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) un'area di consegna dei dispositivi atta a consentire la tutela della privacy dell'assistito al momento della richiesta e dell'erogazione degli stessi.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3c.8 - È presente un locale ad uso ufficio, o un'area all'interno dei locali commerciali, dedicato alle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei dispositivi e la conservazione della documentazione a garanzia della tutela dei dati sensibili degli assistiti.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3c.9 - È presente un'area di supporto (o un locale separato) dedicata alla funzione di magazzino in cui vengono depositate e stoccate, la componentistica ed i prodotti finiti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3c.10 - È presente un locale " <u>prova utenti</u> " nel quale vengono svolte le prove e l'adattamento dei soli dispositivi audioprotesici agli assistiti.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- In tale locale sono presenti spazi dedicati in cui vengono abbattuti i rumori di fondo e il riverbero dei suoni; in alternativa è presente un audiometro dotato di cuffie circumaurali per l'abbattimento del rumore esterno.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



Scheda 4 – REQUISITI SPECIFICI: ATTREZZATURE**Scheda 4 a - ELENCO ATTREZZATURE AZIENDE ORTOPEDICHE**

- **MODULO 1:** da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda **prima dell'entrata in vigore del nuovo elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017**

Descrizione ausili – codici elenchi DM 332/1999	Indicare le attrezzature presenti nella Sede Operativa		Indicare le attrezzature presenti nella Filiale	
Ortesi podaliche e rialzi				
<input type="checkbox"/> 06.12.03 Ortesi per piede, inclusi plantari e inserti	- sistema di rilevazione computerizzata o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- sistema di rilevazione computerizzata o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>
	- vacuum (impianto di decompressione per plantari) e/o sistema cad cam e/o sistema a levitazione	<input type="checkbox"/>	- pistola termica	<input type="checkbox"/>
	- Fresatrice da banco o macchina multifunzionale	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
	- Forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
	- pistola termica	<input type="checkbox"/>		
	- trapano a mano	<input type="checkbox"/>		
	- seghetto alternativo	<input type="checkbox"/>		
- sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato)	<input type="checkbox"/>			
Calzature ortopediche predisposte				
<input type="checkbox"/> 06.33.03 Calzature ortopediche di serie	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	- fresatrice da banco o macchina multifunzionale	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- utensileria adeguata al dispositivo predisposto che si intende erogare	<input type="checkbox"/>		
	- sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato)	<input type="checkbox"/>		
Calzature ortopediche su misura				
<input type="checkbox"/> 06.33.06 Calzature ortopediche su misura	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>



	- fresatrice da banco	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- banco di finissaggio	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	- vacuum (impianto di decompressione)	<input type="checkbox"/>		
	- macchina a torre o a braccio	<input type="checkbox"/>		
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
	- sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato)			
Ortesi per arto inferiore				
<input type="checkbox"/> 06.12.06 Ortesi caviglia-piede	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.12.09 Ortesi ginocchio	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.12.12 Ortesi ginocchio-caviglia-piede				
<input type="checkbox"/> 06.12.15 Ortesi anca	- fresa a braccio inclinato	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.12.16 Ortesi anca-ginocchio	- vacuum (impianto di decompressione)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.12.18 Ortesi anca-ginocchio-caviglia-piede	- fresatrice	<input type="checkbox"/>		
	- smerigliatrice o macchinario multifunzione	<input type="checkbox"/>		
	- forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
	- tronchese per ferro	<input type="checkbox"/>		
	- macchina per cucire	<input type="checkbox"/>		
	- macchina per cucire a torre o a braccio	<input type="checkbox"/>		
	- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
	- impianto saldatura	<input type="checkbox"/>		
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
	- sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato)	<input type="checkbox"/>		
Ortesi per arto superiore				
<input type="checkbox"/> 06.06.03 Ortesi per dita	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.06.06 Ortesi per mano				
<input type="checkbox"/> 06.06.09 Ortesi per polso	- fresa a braccio inclinato	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>



(avambraccio)				
<input type="checkbox"/> 06.06.12 Ortesi per polso-mano	- vacuum (impianto di decompressione)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.13 Ortesi per polso-mano-dita	- forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.15 Ortesi per gomito	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.18 Ortesi per gomito-polso	- macchina da cucire	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.19 Ortesi per gomito-polso-mano	- macchina da cucire a torre o a braccio	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.21 Ortesi per spalla	- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.24 Ortesi per spalla-gomito				
<input type="checkbox"/> 06.06.27 Ortesi per spalla-gomito-polso				
<input type="checkbox"/> 06.06.30 Ortesi per spalla-gomito-polso-mano				
Presidi addominali				
<input type="checkbox"/> 03.12.03 Cinghie erniarie	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 03.12.06 Ventriere e cinti erniari	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>
	- macchina da cucire	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
Ortesi spinali				
<input type="checkbox"/> 06.03.03 Ortesi sacro-iliache	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.03.06 Ortesi lombosacrali	- macchina da cucire	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.03.09 Ortesi toraco-lombo-sacrali	- forno elettrico a piastra o ad infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.03.12 Ortesi cervicali	- seghetto oscillante	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.03.15 Ortesi cervico-toraciche	- banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.03.18 Ortesi cervico-toraco-lombo-sacrali	- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
	- smerigliatrice a nastro	<input type="checkbox"/>		
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		



	- fresatrice braccio inclinato	<input type="checkbox"/>		
	- banco di finissaggio	<input type="checkbox"/>		
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
	- sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato)	<input type="checkbox"/>		
Protesi di arto superiore e inferiore				
<input type="checkbox"/> 06.18.03 Protesi parziali di mano e dita	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.18.06 Protesi di disarticolazione di polso	- impianto di decompressione per laminazione		- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.18.09 Protesi trans radiali	- fresa a braccio inclinato	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.18.12 Protesi per disarticolazioni del gomito	- allineatore meccanico o laser	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.18.15 Protesi trans omerali	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.18.18 Protesi per disarticolazione di spalla	- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.18.21 Protesi per amputazione di spalla	- macchina per cucire	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.24.03 Protesi parziali di piede e dita	- banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.24.06 Protesi di disarticolazione di caviglia	- smerigliatrice	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.24.09 Protesi trans tibiali	- banco stilizzazione gesso e attrezzatura cad cam	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.24.12 Protesi disarticolazioni di ginocchio	- sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato)			
<input type="checkbox"/> 06.24.15 Protesi trans femorali				
<input type="checkbox"/> 06.24.18 Protesi per emipelvectomia				
<input type="checkbox"/> 06.27 Protesi cosmetiche e non funzionali di arto inferiore	- banco per la colorazione della cosmesi in silicone	<input type="checkbox"/>		
	- sistema per la rilevazione (scanner) della colorazione del segmento controlaterale	<input type="checkbox"/>		
	- sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato)	<input type="checkbox"/>		



Sistemi di postura su misura				
<input type="checkbox"/> 18.09.39 Unità posturali	- sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure	<input type="checkbox"/>	- sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure	<input type="checkbox"/>
	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	- macchina da cucire	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- forno elettrico per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
	- seghetto oscillante	<input type="checkbox"/>		
	- banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam	<input type="checkbox"/>		
	- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
	- fresatrice braccio inclinato	<input type="checkbox"/>		
	- smerigliatrice a nastro	<input type="checkbox"/>		
	- sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato)	<input type="checkbox"/>		
Ausili per la deambulazione e carrozzine				
<input type="checkbox"/> 03 Ausili per terapia e addestramento <input type="checkbox"/> 03.48 Ausili per rieducazione di movimento, forza,	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>



<input type="checkbox"/> equilibrio <input type="checkbox"/> 03.78 Ausili per la rieducazione nelle attività quotidiane <input type="checkbox"/> 09 Ausili per la cura e la protezione personale <input type="checkbox"/> 12 Ausili per la mobilità personale <input type="checkbox"/> 12.03 Ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio <input type="checkbox"/> 12.06 Ausili per la deambulazione utilizzati con due braccia <input type="checkbox"/> 12.18 Biciclette <input type="checkbox"/> 12.21 Carrozine <input type="checkbox"/> 12.24 Accessori per carrozzine <input type="checkbox"/> 12.27 Veicoli <input type="checkbox"/> 12.36 Ausili per sollevamento <input type="checkbox"/> 19.09 Ausili per la posizione seduta	<input type="checkbox"/> banchino di assistenza e personalizzazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> banchino di assistenza e personalizzazione	<input type="checkbox"/>
--	---	--------------------------	---	--------------------------

- **MODULO 2:** Da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda **dopo l'entrata in vigore del nuovo elenco I "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017**

Descrizione ausili – codici elenchi DPCM 12/01/2017	Attrezzature presenti nella Sede Operativa		Attrezzature presenti nella Filiale	
Ortesi podaliche e rialzi				
<input type="checkbox"/> 06.12.03 Ortesi per piede	<input type="checkbox"/> sistema di rilevazione computerizzata o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sistema di rilevazione computerizzata o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> vacuum (impianto di decompressione per plantari) e/o sistema cad cam e/o sistema a levitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pistola termica	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> fresatrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> pistola termica	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> trapano a mano	<input type="checkbox"/>		



	- seghetto alternativo	<input type="checkbox"/>		
	- sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato)	<input type="checkbox"/>		
Calzature ortopediche predisposte				
<input type="checkbox"/> 06.33 Calzature ortopediche	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico - utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- fresatrice da banco o macchina multifunzionale	<input type="checkbox"/>		
	- utensileria adeguata al dispositivo predisposto che si intende erogare	<input type="checkbox"/>		
Calzature ortopediche su misura				
<input type="checkbox"/> 06.33 Calzature ortopediche	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>
	- fresatrice da banco o macchina multifunzionale	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- vacuum (impianto di decompressione)	<input type="checkbox"/>		
	- macchina a torre o a braccio	<input type="checkbox"/>		
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
	- banco di finissaggio	<input type="checkbox"/>		
Ortesi per arto inferiore				
<input type="checkbox"/> 06.12.06 Ortesi per caviglia-piede <input type="checkbox"/> 06.12.09 Ortesi per ginocchio <input type="checkbox"/> 06.12.12 Ortesi per ginocchio-caviglia-piede <input type="checkbox"/> 06.12.15 Ortesi per anca (incluse le ortesi per abduzione) <input type="checkbox"/> 06.12.18 Ortesi per anca-ginocchio-caviglia-piede	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>
	- fresa a braccio inclinato	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- vacuum (impianto di decompressione)	<input type="checkbox"/>		
	- smerigliatrice	<input type="checkbox"/>		
	- forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
	- tronchese per ferro	<input type="checkbox"/>		
	- macchina per cucire	<input type="checkbox"/>		
	- macchina per cucire a torre o a braccio	<input type="checkbox"/>		
- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>			



	- impianto saldatura	<input type="checkbox"/>		
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
Ortesi per arto superiore				
<input type="checkbox"/> 06.06.03 Ortesi per dita	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.06.06 Ortesi per mano	- fresa a braccio inclinato	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.06.12 Ortesi per polso-mano	- vacuum (impianto di decompressione)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.13 Ortesi per polso-mano-dita	- fresatrice	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.15 Ortesi per gomito	- forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.19 Ortesi per gomito-polso-mano	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.30 Ortesi per spalla-gomito-polso-mano	- macchina da cucire	<input type="checkbox"/>		
	- macchina da cucire a torre o a braccio	<input type="checkbox"/>		
	- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
Presidi addominali				
	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>
	- macchina da cucire	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
Ortesi spinali				
<input type="checkbox"/> 06.03.09 Ortesi toraco-lombo-sacrali (TLSO)	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.03.09 Ortesi toraco-lombo-sacrali	- macchina da cucire	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.03.15 Ortesi cervico-toraciche (CTO)	- forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.03.18 Ortesi cervico-toraco-lombo-sacrali (CTLSO)	- seghetto oscillante	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.03.91 Aggiuntivi prescrivibili	- banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam	<input type="checkbox"/>		
	- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		



	- smerigliatrice a nastro	<input type="checkbox"/>		
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
	- fresatrice a braccio inclinato	<input type="checkbox"/>		
	- banco di finissaggio	<input type="checkbox"/>		
Protesi di arto superiore e inferiore				
<input type="checkbox"/> 06.18.03 Protesi parziale di mano	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.18.06 Protesi per disarticolazione del polso	- impianto di decompressione per laminazione	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.18.09 Protesi transradiali	- fresa a braccio inclinato	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.18.12 Protesi per disarticolazione del gomito	- allineatore meccanico o laser	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.18.15 Protesi transomerale	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.18.18 Protesi per disarticolazione della spalla	- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.18.21 Protesi per amputazione interscapola toracica	- macchina per cucire	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.18.91 Aggiuntivi prescrivibili	- banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.24.03 protesi parziale di piede	- smerigliatrice	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.24.06 Protesi per disarticolazione di caviglia	- spianatrice	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.24.09 protesi transtibiale				
<input type="checkbox"/> 06.24.12 Protesi per disarticolazione del ginocchio				
<input type="checkbox"/> 06.24.15 Protesi trans-femorali				
<input type="checkbox"/> 06.24.21 Protesi per emipelvectomy				
<input type="checkbox"/> 06.24.91 Aggiuntivi prescrivibili				
Sistemi di postura su misura				
<input type="checkbox"/> 18.09.39 Sistemi di postura modulari	- sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure	<input type="checkbox"/>	- sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure	<input type="checkbox"/>
	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	- macchina da cucire	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>



	- forno per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
	- seghetto oscillante	<input type="checkbox"/>		
	- banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam	<input type="checkbox"/>		
	- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
	- smerigliatrice a nastro	<input type="checkbox"/>		
	- fresatrice braccio inclinato	<input type="checkbox"/>		
Ausili per la deambulazione e carrozzine				
<input type="checkbox"/> 09 Ausili per la cura e la protezione personale	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 12 Ausili per la mobilità personale	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 12.03 Ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio	- banchino di assistenza e personalizzazione	<input type="checkbox"/>	- banchino di assistenza e personalizzazione	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 12.06 Ausili per la deambulazione utilizzati con entrambe le braccia				
<input type="checkbox"/> 12.18 Cicli				
<input type="checkbox"/> 12.22 Carrozzine				
<input type="checkbox"/> 12.23 Carrozzine a motore elettrico				
<input type="checkbox"/> 12.24.03 Comandi				
<input type="checkbox"/> 12.24.09 Unità di propulsione				
<input type="checkbox"/> 12.36.06.015 carrozzina elettrica a prevalente uso esterno				
<input type="checkbox"/> 12.36.06.018 carrozzina elettrica a sei ruote				
<input type="checkbox"/> 12.36 Ausili per il sollevamento				
<input type="checkbox"/> 12.39 Ausili per l'orientamento				
<input type="checkbox"/> 19.09 Ausili per la posizione seduta				



Scheda 4b – ELENCO ATTREZZATURE AZIENDE OTTICO-OPTOMETRICHE

- **MODULO 1:** da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda prima dell'entrata in vigore del nuovo elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017

Descrizione ausili – codici elenchi DM 332/1999	Attrezzature presenti nella Sede Operativa o Filiale	
<input type="checkbox"/> 21.03.03 Lenti oftalmiche	– fronticometro	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.03.09 Lenti a contatto	– forottero o cassetta optometria	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.03.21/24 Cannocchiali da visione lontana/vicina	– ottotipo luminoso o a proiezione	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.03.36 Filtri	– test lettura per ipovedenti	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.03.06 Aggiuntivo o clip-on di sostegno per filtri bloccanti UV e raggi blu	– lampada a fessura	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.03.30 Lenti a doppietto acromatico ingrandenti	– retinoscopio	<input type="checkbox"/>
	– schiascopio	<input type="checkbox"/>
	– oftalmometro	<input type="checkbox"/>
	– test lacrimali	<input type="checkbox"/>
	– sistemi di disinfezione lenti a contatto	<input type="checkbox"/>
	– set lenti ingrandenti per individuazione e prova	<input type="checkbox"/>
	– set lenti a contatto per individuazione e prova	<input type="checkbox"/>
	– set sistemi telescopici per individuazione e prova	<input type="checkbox"/>
	– mola	<input type="checkbox"/>
	– ventiletta	<input type="checkbox"/>
	– autorefrattometro e/o topografo corneale (non obbligatori)	<input type="checkbox"/>
	– pachimetro/ tomografo (non obbligatorio)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.30.21 Protesi oculari su misura	– Becco Bunsen (obbligatorio solo per la lavorazione delle protesi in vetro)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.03.06 Montatura Lenti	– attrezzi per la lavorazione del vetro	<input type="checkbox"/>
	– materiali per impronte o per lavorazione delle resine	<input type="checkbox"/>



- **MODULO 2:** Da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda **dopo** l'entrata in vigore del nuovo elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017

Descrizione ausili – Codici elenchi DPCM 12/01/2017	Attrezzature presenti nella Sede Operativa o Filiale	
<input type="checkbox"/> 22.03.06 Occhiali, lenti oftalmiche, lenti a contatto	– fronticometro	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.09 Lenti e sistemi di lenti per forte ingrandimento (ausili ipercorrettivi)	– forottero o cassetta optometria	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.12 Cannocchiali da occhiali per visione lontana e vicina	– ottotipo luminoso o a proiezione	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.09 Aggiuntivi/Lavorazioni Prestazioni Professionali	– test lettura per ipovedenti	<input type="checkbox"/>
	– lampada a fessura	<input type="checkbox"/>
	– retinoscopio	<input type="checkbox"/>
	– schiascopio	<input type="checkbox"/>
	– oftalmometro	<input type="checkbox"/>
	– test lacrimali	<input type="checkbox"/>
	– sistemi di disinfezione lenti a contatto	<input type="checkbox"/>
	– set lenti ingrandenti per individuazione e prova	<input type="checkbox"/>
	– set lenti a contatto per individuazione e prova	<input type="checkbox"/>
	– set sistemi telescopici per individuazione e prova	<input type="checkbox"/>
	– mola	<input type="checkbox"/>
	– ventiletta	<input type="checkbox"/>
	– autorefrattometro e/o topografo corneale (non obbligatori)	<input type="checkbox"/>
	– Pachimetro/ tomografo (non obbligatorio)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.30.21 Protesi oculari su misura	– Becco Bunsen (obbligatorio solo per la lavorazione delle protesi in vetro)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.30.91 Aggiuntivi prescrivibili	– attrezzi per la lavorazione del vetro	<input type="checkbox"/>
	– materiali per impronte o per lavorazione delle resine	<input type="checkbox"/>



Scheda 4c – ELENCO ATTREZZATURE AZIENDE AUDIOPROTESICHE

- **MODULO 1:** da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda prima dell'entrata in vigore del nuovo elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017

Descrizione ausili elenchi DM 332/1999	Elencare le attrezzature in possesso per sedi operative o filiali	
<input type="checkbox"/> 21.45.09 Apparecchi acustici a occhiale	- sistema di audiometria tonale, vocale e campo libero	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.45.12 Apparecchi acustici a scatola	- orecchio elettronico per la misurazione e la valutazione degli apparecchi acustici	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.45.06 Apparecchi acustici retroauricolari	- sistema hardware e software di programmazione degli ausili per l'udito	<input type="checkbox"/>
	- otoscopio per l'ispezione del condotto uditivo esterno	<input type="checkbox"/>
	- kit per il rilievo dell'impronta del condotto uditivo esterno	<input type="checkbox"/>
	- cabina silente e/o locale insonorizzato il cui rumore di fondo deve essere idealmente inferiore ai 55/57 dBA, sostituibile in alternativa da audiometro dotato di cuffie circumaurali per l'abbattimento del rumore esterno	<input type="checkbox"/>

- **MODULO 2:** Da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda **dopo** l'entrata in vigore del nuovo elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017

Descrizione ausili DPCM 12/01/2017	Elencare le attrezzature in possesso per sedi operative e filiali	
<input type="checkbox"/> 22.06.09 Apparecchi acustici ad occhiale	- sistema di audiometria tonale, vocale e campo libero	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.06.15 Apparecchi acustici retroauricolari	- orecchio elettronico per la misurazione e la valutazione degli apparecchi acustici	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.06.21 Apparecchi acustici connessi a dispositivi impiantati	- sistema hardware e software di programmazione degli ausili per l'udito	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.06.91 Accessori	- otoscopio per l'ispezione del condotto uditivo esterno	<input type="checkbox"/>
	- kit per il rilievo dell'impronta del condotto uditivo esterno	<input type="checkbox"/>
	- cabina silente e/o locale insonorizzato il cui rumore di fondo deve essere idealmente inferiore ai 55/57 dBA, sostituibile in alternativa da audiometro dotato di cuffie circumaurali per l'abbattimento del rumore esterno	<input type="checkbox"/>

