

Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto
AZIENDA ULSS N. 8 BERICA
Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA



DELIBERAZIONE

n. 473

del 7-4-2020

O G G E T T O

Regolamento aziendale per la prescrizione, autorizzazione e fornitura di protesi, ortesi, ausili e dispositivi monouso.

Proponente: UOC Direzione Amministrativa Territoriale - (DAT)
Anno Proposta: 2020
Numero Proposta: 495

Il Direttore UOC Direzione Amministrativa Territoriale, d'intesa con il Direttore del Distretto Est, il Direttore del Distretto Ovest, riferisce:

“La Legge Regionale n. 25 del 25/10/2016 *“Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale venete denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione Veneto – Azienda Zero”*. *Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS*” ha ridefinito l'assetto organizzativo delle Aziende Ulss, prevedendo la fusione per incorporazione e modifica della denominazione dell'ex Azienda ULSS n. 6 Vicenza e dell'ex Azienda ULSS n. 5 Ovest Vicentino in Azienda ULSS n. 8 Berica.

Il D.P.C.M. 12/01/2017, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 18/03/2017, ha definito i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), compresi quelli riguardanti l'assistenza protesica, normata ex novo dagli artt. 17, 18 e 19 del predetto D.P.C.M. e dai relativi Allegati n. 5 (Nomenclatore dei dispositivi protesici) e n. 12 (Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica).

In particolare, il Nomenclatore sopra citato ha definito, per mezzo di una descrizione tecnica, le protesi, le ortesi e gli ausili che possono essere forniti e dispensati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Il citato D.P.C.M. non ha elencato le condizioni cliniche e il livello di disabilità cui corrispondere un'adeguata fornitura di protesi, ortesi o ausili: ne è derivata una possibile diversa interpretazione e valutazione da parte dei prescrittori, con conseguente variabilità dei criteri prescrittivi nei singoli territori.

La Regione Veneto, con DGR n. 428 del 06/04/2017 e successiva DGR n. 1303 del 16/08/2017 *“DGR n. 428 del 6-4-2017 “Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” - recepimento e prime disposizioni attuative”: modifica”* ha recepito le disposizioni del DPCM, anche in materia di assistenza protesica.

Successivamente, con i seguenti provvedimenti la Regione Veneto ha aggiornato le disposizioni regionali in materia di assistenza protesica:

- Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 86 del 09/07/2018 *“Linee di indirizzo regionali per la gestione dei pazienti adulti con colostomie, ileostomie e urostomie di cui al decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 10 del 24.1.2017: aggiornamento e adozione del modulo per la prescrizione e l'autorizzazione di ausili per stomia”*;
- DGR n. 330 del 26/03/2019 *“Prescrizione delle prestazioni di assistenza protesica: definizione delle specialità mediche e delle modalità per individuare le strutture da autorizzare alla prescrizione medesima a carico del Servizio Sanitario Nazionale (D.P.C.M 12 gennaio 2017 relativo alla definizione e all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza – all. 12, art. 1)”*;
- Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 90 del 06/08/2019 *“Linee di indirizzo regionali sugli ausili assorbenti”*.

Poichè l'obiettivo dell'assistenza protesica è il miglioramento della qualità di vita delle persone con deficit che compromettono l'autonomia, la capacità di comunicazione, l'attitudine lavorativa e la vita di relazione, la fornitura di protesi, ortesi e ausili a tali persone va necessariamente contestualizzato nell'ambiente di vita e in ambito familiare: a tal proposito, la definizione di criteri aziendali, quanto più oggettivi possibili, si è resa sempre più necessaria, anche in ragione del fatto che l'assistenza protesica rappresenta una consistente voce di spesa per l'Azienda, a fronte di precedenti criteri incerti e soggettivamente interpretati.

Ciò premesso, al fine di garantire l'uniformità di applicazione del diritto all'assistenza protesica a favore degli utenti dell'Azienda ULSS n. 8 Berica, l'UOS Assistenza Protesica, competente in materia, trasversalmente tra Distretto Est e Distretto Ovest, ha provveduto a redigere il Regolamento aziendale per la prescrizione, autorizzazione e fornitura di protesi, ortesi, ausili e dispositivi monouso.

Tale Regolamento non definisce in maniera esaustiva i bisogni degli utenti, ma costituisce la cornice aziendale di riferimento per orientare la prescrizione: la definizione dei bisogni assistenziali garantisce l'uniformità delle prescrizioni, a garanzia dei diritti delle persone, mentre la standardizzazione dei processi migliora la qualità dell'attività amministrativa e del servizio erogato ai cittadini.

Tutto ciò premesso, con il presente provvedimento si intende approvare il Regolamento aziendale per la prescrizione, autorizzazione e fornitura di protesi, ortesi, ausili e dispositivi monouso, allegato al presente provvedimento, di cui è parte integrante e sostanziale (Allegato n. 1).

Il medesimo Responsabile ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in relazione alla sua compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale in materia.

I Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio-Sanitari hanno espresso il parere favorevole per quanto di rispettiva competenza.”

Sulla base di quanto sopra

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERA

- 1) di adottare, per le ragioni espresse in premessa, il Regolamento aziendale per la prescrizione, autorizzazione e fornitura di protesi, ortesi, ausili e dispositivi monouso, allegato al presente provvedimento, di cui è parte integrante e sostanziale (Allegato n. 1);
- 2) di incaricare la UOS Assistenza Protesica del Distretto Est e del Distretto Ovest all'applicazione del suddetto documento e di procedere al controllo del rispetto delle procedure ivi contenute;

- 3) di dare atto che l'approvazione del presente provvedimento non comporta alcun onere a carico dell'Azienda;
- 4) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo on-line dell'Azienda.

Parere favorevole, per quanto di competenza:

Il Direttore Amministrativo
(App.to Dr. Tiziano Zenere)

Il Direttore Sanitario
(App.to Dr. Salvatore Barra)

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
(App.to per il Dr. Giampaolo Stopazzolo - Dr.ssa Chiara Francesca Marangon)

IL DIRETTORE GENERALE
(F.to digitalmente Giovanni Pavesi)

Il presente atto è eseguibile dalla data di adozione.

Il presente atto è **proposto per la pubblicazione** in data 8-4-2020 all'Albo on-line dell'Azienda con le seguenti modalità:

Oggetto e contenuto

Copia del presente atto viene inviato in data 8-4-2020 al Collegio Sindacale (ex art. 10, comma 5, L.R. 14.9.1994, n. 56).

IL RESPONSABILE PER LA GESTIONE ATTI
DELL'UOC AFFARI GENERALI



REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA PRESCRIZIONE DEI DISPOSITIVI DI ASSISTENZA PROTESICA

Indice

| | |
|---|-----------|
| PRINCIPI E DISPOSIZIONI GENERALI | 3 |
| Principi generali | 3 |
| Ambito di applicazione | 3 |
| Gli aventi diritto | 3 |
| Riferimenti normativi | 4 |
| La definizione di appropriatezza..... | 4 |
| Il conflitto d'interesse | 5 |
| La riconducibilità..... | 5 |
| Fornitura temporanea | 5 |
| La commissione..... | 5 |
| Normativa di riferimento..... | 6 |
| PROTESICA MAGGIORE: IL PERCORSO DI PRESCRIZIONE/AUTORIZZAZIONE/FORNITURA DI PROTESI, ORTESI E AUSILI | 7 |
| LINEE D'INDIRIZZO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA..... | 13 |
| Calzature e Plantari..... | 13 |
| <i>Fac-simile modulo prescrizione Calzature e Plantari</i>..... | 15 |
| Ausili Assistenziali..... | 17 |
| Carrozine..... | 22 |
| Protesi Acustiche | 24 |
| SPECIALISTI COMPETENTI ALLA PRESCRIZIONE DI PROTESI, AUSILI, DISPOSITIVI (DGR 330/2019) . | 25 |
| SOSTITUZIONE DEI DISPOSITIVI E TEMPI MINIMI DI RINNOVO | 35 |
| Smarrimento dei dispositivi..... | 36 |
| COMPATIBILITA' E INCOMPATIBILITA' PRESCRITTIVE PER I PRINCIPALI AUSILI | 37 |
| DISPOSITIVI MONOUSO: IL PERCORSO DI PRESCRIZIONE/AUTORIZZAZIONE/FORNITURA DI STOMIE, AUSILI PER INCONTINENZA AUSILI PER ASSORBENZA | 38 |
| <i>Fac-simile Modulo prescrizione stomie</i> | 41 |

PRINCIPI E DISPOSIZIONI GENERALI

Principi generali

I principi che sottendono al processo di prescrizione/autorizzazione dell'assistenza protesica sono: l'appropriatezza, la trasparenza, l'imparzialità, l'uniformità, l'economicità. La preferenza soggettiva dell'utente va tenuta in debito conto. Il prescrittore, tuttavia, deve orientare la propria prescrizione in conformità a bisogni oggettivamente documentabili e a risultati attesi realistici.

Ambito di applicazione

L'assistenza protesica rientra tra le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini. L'assistenza protesica è fondamentale nella gestione dei soggetti con disabilità e non autosufficienza ed è elemento fondamentale per garantire loro una migliore qualità di vita, compresa quella dei familiari. Presuppone modalità organizzative professionali e amministrative che consentano un equo e rapido accesso. Il processo decisionale che porta alla fornitura di protesi, ausili ed ortesi è multidimensionale e richiede una stretta interazione Ospedale-territorio.

Gli aventi diritto

Hanno diritto alle prestazioni di assistenza protesica gli assistiti residenti nel territorio di competenza dell'AULSS 8 di seguito indicati:

- a) Gli invalidi civili, di guerra e per servizio; le persone con cecità totale o parziale o ipovedenti gravi, le persone sorde; i minori di anni 18 che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di un'invalidità grave e permanente;
- b) Gli istanti in attesa di accertamento che si trovino nelle condizioni previste dall'art. 1 della Legge n° 18 del 11/02/980 (condizione grave per la quale l'INPS erogherà l'indennità di accompagnamento);
- c) Gli istanti in attesa di accertamento entero-urostomizzati, laringectomizzati, tracheotomizzati;
- d) Gli amputati di arto, le donne che hanno subito un intervento di mastectomia, i soggetti che abbiano subito un intervento demolitore dell'occhio;
- e) I ricoverati in struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, per i quali il responsabile dell'unità operativa certifichi la contestuale necessità e urgenza dell'applicazione di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della dimissione, per la tempestiva attivazione o la conduzione di un progetto riabilitativo a fronte di una menomazione grave e permanente;
- f) Gli assistiti con malattia rara riconosciuti con piano terapeutico;
- g) Gli assistiti inseriti in assistenza domiciliare integrata "ADI D" (ex ADIMED).

Riferimenti normativi

Il DPCM 12/01/2017 (Definizione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza) reca le norme e individua le prestazioni di assistenza protesica che comportano la fornitura di protesi, ortesi, ausili alle persone disabili a carico del SSN e ne definiscono le modalità di erogazione. Esso include, nell'Allegato 5, il Nomenclatore tariffario nel quale sono riportati, in tre elenchi, tutti gli ausili, ortesi, protesi apparecchi e dispositivi prescrivibili a carico del SSN.

- Elenco 1: dispositivi (protesi, ortesi e ausili tecnici) costruiti o allestiti su misura da un professionista abilitato alla specifica professione sanitaria o arte sanitaria;
- Elenco 2A: dispositivi (ausili tecnici) di serie la cui applicazione prevede un professionista sanitario;
- Elenco 2B: dispositivi (ausili tecnici) di serie – pronti per l'uso, la cui applicazione non prevede l'intervento di un professionista sanitario abilitato.

L'avvio della nuova normativa ha:

- introdotto una descrizione tecnica dell'ausilio,
- modificato i codici ISO,
- spostato ausili da un elenco all'altro modificandone di fatto la caratteristica principale da "su misura" a "di serie", (esempio: protesi acustiche da elenco 1 ad elenco 2A)
- modificato i tempi minimi di rinnovo (esempio: calzature da 12 mesi a 18 mesi), indicandoli solo per elenco 1 e togliendoli da elenchi 2A e 2B.

L'art.64 prevede tuttavia una deroga all'introduzione dell'Elenco 1 in quanto non sono ancora state calcolate le tariffe massime rimborsabili dal SSN per tutte le protesi e le ortesi in esso contenute. In questo caso si applicano ancora quelle riportate nel vecchio Nomenclatore del DM 332/99.

Si chiarisce che la legge esplicitamente fa riferimento solo alle tariffe, dando per il resto validità agli elenchi 2A e 2B che sono pertanto in vigore.

La definizione di appropriatezza

Non esiste una definizione standard di appropriatezza. Nel senso comune per appropriatezza s'intende la confacenza o la giusta misura. Nei manuali d'Igiene è definita come "la cosa giusta, al paziente giusto, nel modo, giusto, nel luogo giusto". Tale definizione lascia ampio spazio alla soggettività del prescrittore e dell'utente. Una definizione più oggettiva è fondata sul principio di efficienza: ciò che soddisfa completamente il bisogno (efficacia) con un uso inferiore di risorse è più appropriato ovvero è più efficiente. Tale principio trova applicazione nella regola generale secondo la quale l'Azienda non fornisce più di un ausilio con la medesima funzione (ad es. carrozzina ultraleggera e carrozzina elettrica). Casi particolari saranno comunque analizzati nel contesto familiare e ambientale.

L'Azienda, al fine di garantire l'appropriatezza prescrittiva, coinvolge gli specialisti producendo report sulle prescrizioni e sulla spesa determinata da ogni singolo prescrittore. Allo stesso modo, l'Azienda promuove attività formative e di audit.

Il conflitto d'interesse

La delibera aziendale 773/2013 affronta il tema del conflitto d'interesse. L'attuale normativa lascia all'utente la libera scelta del fornitore delle protesi e ausili prescritti. I fornitori perseguono legittimamente la loro utilità economica. Il tema del conflitto d'interesse emerge qualora gli ausili prescritti da un prescrittore siano forniti, in modo significativo, dallo stesso fornitore. Il principio di trasparenza impone la rendicontazione, su base annua, del rapporto tra i fornitori e i prescrittori.

La riconducibilità

Il continuo progresso crea continue e nuove aspettative negli utenti sulla possibilità di ottenere protesi ad elevato contenuto tecnologico. Qualora l'assistito richieda, in accordo con il medico, un dispositivo appartenente a una delle tipologie descritte negli elenchi allegati al DPCM 12/01/2017, con caratteristiche strutturali o funzionali o estetiche non indicate nella descrizione, il medico può effettuare la prescrizione riportando le motivazioni della richiesta, indicando il codice della tipologia cui il dispositivo appartiene, pertanto, l'Azienda autorizza la fornitura e l'eventuale differenza tra la tariffa o il prezzo assunto a carico dall'Azienda per il corrispondente dispositivo incluso negli elenchi e il prezzo del dispositivo fornito rimane a carico dell'assistito. Parimenti, rimane a carico dell'assistito l'onere di tutte le prestazioni professionali correlate alle modifiche richieste o alle caratteristiche peculiari del dispositivo fornito. Nel caso di presidio riconducibile, sarà riconosciuta la proprietà a favore dell'assistito solo quando lo stesso avrà contribuito al pagamento dell'ausilio in misura superiore al 50% rispetto al valore del contributo erogato dall'Azienda. Per i presidi riconducibili verrà erogato il contributo stabilito dal nomenclatore vigente o da apposita gara regionale ovvero sulla base della miglior offerta acquisita dall'Ufficio Protesi del Distretto di residenza dell'assistito.

Fornitura temporanea

E' possibile fornire dispositivi di serie appartenenti all'elenco 2B dell'allegato 5 alle persone con grave disabilità transitoria, assistite in regime di dimissione protetta o di assistenza domiciliare integrata, su prescrizione dello specialista, per un periodo massimo di 60 giorni, eventualmente prorogabile.

La commissione

E' istituita una Commissione composta dai seguenti medici specialisti: 2 fisiatri, un fisiatra SAI, il responsabile delle cure primarie del distretto, un ortopedico, un otorinolaringoiatra, un oculista, il responsabile della UOS protesi e ausili e un amministrativo con funzioni di segreteria e verbalizzazione. La commissione ha il compito di valutare, esaminare e autorizzare le prescrizioni di ausili complessi. Ha il compito di redigere documenti e linee guida e fornire indicazioni alla Direzione Aziendale sul piano organizzativo. I diversi componenti della Commissione, saranno convocati sulla base degli argomenti oggetto di valutazione. Le decisioni saranno prese a maggioranza dai componenti presenti.

Normativa di riferimento

| |
|--|
| <p>MINISTERO DELLA SANITA' 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</p> |
| <p>LEGGE REGIONALE 20 novembre 2003, n. 34 Norme in favore dei soggetti stomizzati della Regione Veneto</p> |
| <p>DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 5 marzo 2007 – art 6 manutenzioni Modifica del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante: «Definizione dei livelli essenziali di assistenza»</p> |
| <p>DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502</p> |
| <p>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 428 del 06 aprile 2017 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" - recepimento e prime disposizioni attuative</p> |
| <p>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1303 del 16 agosto 2017 DGR n. 428 del 6-4-2017 "Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" - recepimento e prime disposizioni attuative": modifica</p> |
| <p>DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE DELL' AREA SANITA' E SOCIALE n. 86 del 09 luglio 2018 Linee di indirizzo regionali per la gestione dei pazienti adulti con colostomie, ileostomie e urostomie di cui al decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 10 del 24.1.2017: aggiornamento e adozione del modulo per la prescrizione e l'autorizzazione di ausili per stomia</p> |
| <p>DGR 330 del 26 Marzo 2019 Prescrizione delle prestazioni di assistenza protesica: definizione delle specialità mediche e delle modalità per individuare le strutture da autorizzare alla prescrizione medesima a carico del Servizio Sanitario Nazionale (D.P.C.M 12 gennaio 2017 relativo alla definizione e all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza – allegato 12, art. 1)</p> |
| <p>DECRETO DIRETTORE GENERALE SANITA' E SOCIALE n. 90 del 06 agosto 2019 Linee di indirizzo regionali sugli ausili assorbenti</p> |

PROTESICA MAGGIORE: IL PERCORSO DI PRESCRIZIONE/AUTORIZZAZIONE/FORNITURA DI PROTESI, ORTESI E AUSILI

Una prestazione di assistenza protesica si articola nelle seguenti fasi: formulazione del piano riabilitativo individuale, prescrizione, autorizzazione, erogazione, collaudo, follow up. La prescrizione deve riportare la specifica menomazione o disabilità riportata contestualmente anche nel certificato d'invalidità. Non è possibile prescrivere ausili per patologie che non siano riportate nel certificato d'invalidità. La prescrizione ha una validità di tre mesi e deve essere formulata sul modulo di prescrizione/autorizzazione ai sensi del DPCM 12/01/2017.

| Responsabile | Modalità operative | Documenti |
|---|---|------------------------------------|
| PRESCRIZIONE | | |
| Medico specialista del SSN, dipendente o convenzionato, competente come specificato dalla DGRV 330/2019 | <p>La prescrizione piano terapeutico dei dispositivi protesici è redatta, a seguito della verifica della tipologia e grado dell'invalidità, da un medico specialista.</p> <p>Il medico specialista a seguito di una completa valutazione clinica e strumentale dell'assistito compila la parte prescrizione del modulo per la fornitura di protesi indicando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - data di prescrizione; - dati anagrafici/residenziali dell'assistito; - diagnosi dettagliata; - dispositivo prescritto, COMPLETO DI CODICE IDENTIFICATIVO riportato nel nomenclatore in vigore ed eventuali adattamenti ed aggiuntivi necessari per la sua personalizzazione - programma terapeutico di utilizzo del dispositivo comprendente il significato terapeutico e riabilitativo, le modalità, i limiti e la prevedibile durata di impiego dello stesso, le possibili contro indicazioni e le modalità di verifica del dispositivo in relazione all'andamento terapeutico. <p>Per ausili su misura e rinnovi anticipati allegare relazione dettagliata Per tutti gli ausili previsti <u>nell'elenco 1 (ausili su misura)</u> è <u>obbligatorio il collaudo</u> da parte del medico prescrittore entro 20 giorni dalla fornitura.</p> <p>Ogni prescrizione/piano terapeutico deve riportare timbro e firma dello specialista prescrittore ed indicazione chiara della struttura pubblica o convenzionata.</p> | Prescrizione programma terapeutico |
| Utenti | Tutte le prescrizioni devono essere consegnate presso le sedi della UOS di Assistenza Protesica del Distretto di appartenenza, o allo sportello del Distretto di appartenenza, per essere successivamente valutate ed autorizzate. | |
| Medici ospedalieri | I Medici responsabili della UO di dimissione, nel caso di ricoverati in una struttura sanitaria che abbiano URGENTEMENTE necessità di dispositivo protesico, per permettere al paziente con una menomazione grave e permanente di lasciare l'ospedale con la protesi o l'ausilio che gli è indispensabile, devono obbligatoriamente far pervenire, almeno TRE GIORNI lavorativi prima della dimissione, | Prescrizione firmata |

| Responsabile | Modalità operative | Documenti |
|--|--|--|
| Medici Ospedalieri Utenti | <p>agli uffici protesi delle sedi distrettuali, le prescrizioni redatte su apposito modello.</p> <p>PRESCRIZIONI RELATIVE A PROTESI - ORTESI - AUSILI DA PARTE DEL RESPONSABILE UO OSPEDALIERA PER LA CONDUZIONE DEL PIANO RIABILITATIVO ASSISTENZIALE:</p> <p>Tale prescrizione, sarà consegnata dal paziente o ad un suo delegato, o inviata in via telematica o per telefax al Servizio di assistenza protesica ove viene autorizzata di norma entro un termine massimo di 5 GIORNI. Il paziente potrà decidere se la consegna degli ausili avvenga presso la sede di ricovero o a domicilio.</p> | |
| Utente | In questa fattispecie, l'utente che non ha già ottenuto l'invalidità civile, dovrà presentare allo sportello Ufficio Assistenza Protesica, entro il termine di giorni 20 dalla consegna degli ausili, copia della richiesta di invalidità presentata. I minori non necessitano del certificato di invalidità come pure i pazienti seguiti in assistenza domiciliare | Richiesta certificato d'invalidità civile |
| PREVENTIVO | | |
| Utente Operatore Ufficio Protesi | Per presidi non acquistati direttamente dall'Azienda Sanitaria (non oggetto di gara) il preventivo è acquisito direttamente dall'utente rivolgendosi ad una sanitaria iscritta nel registro regionale. Di norma vengono acquisiti dall'ufficio Protesi altri due preventivi da altrettante sanitarie a confronto. | Preventivo |
| AUTORIZZAZIONE (L'autorizzazione alla fornitura è rilasciata dall'azienda ULSS di residenza dell'assistito.) | | |
| | L'assistito o un suo incaricato si presenta presso gli sportelli Ufficio Protesi (distretto est e distretto Ovest) con la prescrizione in originale, verbale di invalidità (solo per prima prescrizione) e l'eventuale preventivo. Compila e consegna la domanda di fornitura di protesi, il modulo Privacy e modulo per eventuale delega (solo per prima prescrizione), gli viene rilasciato copia della prescrizione con timbro "per ricevuta". | Prescrizione Verbale inv.tà Privacy Delega |
| Operatore del l'ufficio protesi | L'operatore Ufficio Protesi verifica: <ul style="list-style-type: none"> – la completezza della compilazione della prescrizione e della restante modulistica con particolare attenzione all'esistenza del codice identificativo del presidio – la presenza del verbale di invalidità, solo per la prima richiesta – l'indicazione di almeno due numeri di telefono | |
| Operatore del l'ufficio protesi | Per ogni assistito, l'operatore dell'Ufficio Protesi apre, se non presente, la scheda/fascicolo personale cartacea ed informatica. L'operatore deve porre particolare attenzione all'inserimento del numero di telefono dell'assistito e dei dati del prescrittore. Nella fase di inserimento l'operatore verifica la presenza di tutte le informazioni necessarie e la loro correttezza, nel caso ferma la pratica fino all'ottenimento di tutte le informazioni. L'operatore informa per iscritto tempestivamente l'assistito in merito alle pratiche che vanno in commissione e/o dell'eventuale rifiuto dell'autorizzazione. | Fascicolo personale dell'utente. Comunicazione all'utente |

| Responsabile | Modalità operative | Documenti |
|--|--|---|
| <p>Medico autorizzatore</p> <p>Ufficio Protesi Sanitaria</p> <p>Medico autorizzatore</p> | <p>La prescrizione e la relativa autorizzazione dovranno essere, firmate dal Medico autorizzatore e l'autorizzazione dovrà essere rilasciata entro massimo venti giorni dal ricevimento della richiesta allo sportello Ufficio Protesi.</p> <p>Al momento del rilascio dell'autorizzazione il medico verifica l'appropriatezza e la corrispondenza alle linee guida aziendali e valuta la compatibilità dell'invalidità con la Diagnosi presente nella prescrizione, l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione.</p> <p>Copia dell'autorizzazione viene inviata all'utente o consegnata allo stesso dalla sanitaria.</p> <p>In caso di non rilascio dell'autorizzazione verrà redatta una relazione dettagliata con indicato il motivi, questa sarà inviata al medico prescrittore e all'utente.</p> | <p>Autorizzazione</p> <p>Lettera non autorizzazione</p> |
| Commissione | <p>Nel caso di ausili extratariffario o riconducibili ed in tutti i casi che si rendessero necessari, per la complessità della patologia riscontrata o su specifica e circostanziata richiesta dei medici autorizzatori, la pratica dovrà essere esaminata dalla vigente Commissione Aziendale</p> | |
| FORNITURA | | |
| Operatore dell'ufficio protesi | <p>Raccolta la prescrizione, verificata la completezza e correttezza delle informazioni. L'operatore provvede a inserire nel programma informatico l'autorizzazione, una volata stampata e firmata dal Responsabile, l'autorizzazione viene inviata all'operatore del magazzino (azienda in appalto), consegnata all'utente od inoltrata ad altre azienda appaltatrici. Copia dell'autorizzazione è archiviata con l'originale della prescrizione nel fascicolo cartaceo dell'assistito. Per ausili da inventariare si provvede ad emettere etichetta con numero di inventario che a seconda dei casi è inoltrata assieme alla autorizzazione al magazzino o alla sanitaria scelta. Il numero di inventario è riportato nell'applicativo di gestione della protesica</p> | |
| Fornitore (gestore del magazzino o sanitaria) | <p>La fornitura del dispositivo protesico avviene entro i tempi massimi previsti dal DPCM 12/01/2017. Al momento della consegna viene fatta firmare all'utente, come ricevuta, l'autorizzazione completa della data di fornitura. Una copia dovrà essere consegnata all'assistito.</p> <p>Nel caso di dispositivi su misura l'erogatore rilascia un certificato di congruità attestante la rispondenza del dispositivo alla prescrizione medica autorizzata, il suo perfetto funzionamento e il rispetto delle normative in materia.</p> <p>I gestori di magazzino devono garantire i seguenti tempi di consegna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per i presidi urgenti (dimissioni protette) entro 3 giorni lavorativi dalla richiesta; - per i presidi non urgenti entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta; - per i materassi antidecubito in presenza di lesioni entro 24 ore. <p>Nel caso di fornitura da magazzino è compito del gestore dello stesso contattare tempestivamente l'utente e concordare le modalità di consegna.</p> | |

| Responsabile | Modalità operative | Documenti |
|--|--|---|
| Fornitore (gestore del magazzino o sanitaria) | Il fornitore di dispositivi protesici è tenuto a fornire al paziente, e/o a chi lo assiste, istruzioni all'uso del dispositivo erogato anche in forma cartacea | Istruzioni di utilizzo |
| Utente | Qualora l'utente o i relativi familiari allo scopo delegati, intendano non accettare la fornitura di ausili precedentemente prescritti, dovranno comunicare tempestivamente tale decisione all'Ufficio Protesi e Ausili | |
| COLLAUDO | | |
| Medico prescrittore | Il collaudo accerta la congruenza clinica e la rispondenza del dispositivo ai termini dell'autorizzazione ed è effettuato, entro venti giorni dalla data di consegna, dallo specialista prescrittore o dalla sua unità operativa. Il prescrittore dovrà Concordare con l'assistito la data del collaudo, che dovrà avvenire entro 15 giorni dall'avvenuta fornitura. Il collaudo dei dispositivi erogati ad assistiti non deambulanti è effettuato presso la struttura di ricovero o a domicilio da parte del medico prescrittore. Sono esclusi dalla procedura di collaudo i presidi assistenziali da magazzino o da gara. | Collaudo |
| Operatore ufficio Protesi | Invia comunicazione al fornitore in caso di mancato collaudo al fine di sospendere la liquidazione della relativa fattura sino all'avvenuto collaudo | Comunicazione al fornitore |
| Fornitore | Qualora all'atto del collaudo il dispositivo non risulti rispondente alla prescrizione, il fornitore è tenuto ad apportare le opportune variazioni. Trascorsi venti giorni dalla consegna del dispositivo senza che il fornitore abbia ricevuto alcuna comunicazione da parte dell'azienda ULSS, il collaudo si intende effettuato ai fini della fatturazione e del pagamento. | |
| GARANZIA | | |
| Fornitore | I fornitori sono tenuti a garantire la perfetta funzionalità dei dispositivi protesici durante il periodo di garanzia previsto per lo specifico prodotto. Per i presidi da magazzino ricondizionati il termine è riportato nel capitolato d'appalto | Garanzia |
| SOSTITUZIONI – RIPARAZIONI – ROTTAMAZIONE | | |
| Utente | In caso di apparecchi con rottura o malfunzionamento l'utente invia segnalazione Telefonica o scritta allo sportello Ufficio Protesi | Segnalazione |
| Operatore Ufficio Protesi | L'operatore dell'Ufficio Protesi inoltra via email la richiesta al Servizio di manutenzione. Protocollo dedicato per le sostituzioni e riparazioni di Montascale. | Richiesta sostituzione o riparazione |
| Magazzino protesi | L'ente gestore del magazzino provvede alla sostituzione o riparazione, una volta effettuata informa l'operatore Ufficio protesi che inoltra richiesta di consegna dell'ausilio riparato o sostituito Inoltre bolla di consegna all'ufficio protesi con firma di ricevimento dell'utente | Richiesta di consegna merce rata Bolla |

| Responsabile | Modalità operative | Documenti |
|--|---|---|
| Medico autorizzatore | Firma sull'autorizzazione alla consegna dell'ausilio riparato/sanificato. | |
| Ente Gestore Magazzino | Protocollo dedicato all.to | |
| RINNOVO DELLA FORNITURA DEL DISPOSITIVO | | |
| | L'Azienda Usl non autorizza la fornitura di nuovo Dispositivo protesico definitivo in favore dei propri assistiti di età superiore ai 18 anni prima che sia trascorso il tempo minimo di rinnovo, ove previsto (elenco 1 ausili su misura) specifico per tipo di dispositivo. E' possibile anticipare il tempo minimo di rinnovo solo previa dettagliata relazione del medico prescrittore che giustifichi tale richiesta. Per gli ausili Elenco 2A e 2B non sono previsti tempi minimi di rinnovo. Per i minori di anni 18 non sono previsti tempi definiti di rinnovo. (Si rimanda al capitolo specifico) | |
| RITIRO, SANIFICAZIONE E CERTIFICAZIONE DELL'USATO | | |
| | Il ritiro è eseguito d'ufficio o su richiesta dell'utente nei seguenti casi: assistiti che si trasferiscono in altra ASL, ricoverati in strutture residenziali, deceduti, | |
| Utente Operatore ufficio protesi | L'utente presenta domanda anche telefonica all'Ufficio Protesi di riferimento. L'operatore raccoglie la richiesta, verifica la completezza della stessa e la inoltra al gestore del magazzino, controllando che siano rispettati i tempi previsti dal capitolato | Eventuale mail |
| Gestore di magazzino | Il ritiro, la certificazione della sanificazione e del Dispositivo usato sono a carico del gestore del magazzino secondo le modalità indicate nel capitolato d'appalto. Il ritiro dei presidi non più utilizzati dall'utente deve essere fatto entro i termini previsti dalle condizioni descritte nel relativo capitolato di gara. | Ricevuta di ritiro sottoscritta dall'utente. |
| Gestore di magazzino | Nel caso che l'utente venga inserito in Casa di Riposo, su segnalazione dell'operatore Ufficio Protesi, si procede al ritiro degli ausili non su misura. Gli ausili su misura rimangono assegnati all'assistito. | Mail avvenuto ritiro Annotazione su procedura inf.ca Protesica |
| FATTURAZIONE | | |
| Fornitore | Mensilmente il fornitore invia la fattura indicando obbligatoriamente il numero di autorizzazione, il distretto di riferimento e il numero di inventario del bene se applicabile. Deve, inoltre, allegare l'autorizzazione firmata dall'utente per ricevuta, l'eventuale collaudo e per i dispositivi su misura il certificato di congruità. L'aliquota IVA applicata sarà quella prevista dalla vigente normativa in materia | Fattura, autorizzazione firmata dall'utente, collaudo, certificato di congruità |
| Operatore ufficio protesi | Le fatture, dopo essere state controllate, vengono liquidate entro la scadenza. Nell'eventualità che nella fase controllo si evidenziassero delle irregolarità o non vi fosse corrispondenza con quanto autorizzato, viene contattato il fornitore e nel caso si richiede emissione di nota di accredito. | Elenco di trasmissione Richiesta nota di accredito |

| Responsabile | Modalità operative | Documenti |
|--|--|-------------------|
| INVENTARIO | | |
| Operatore ufficio protesi Gestore Magazzino Sanitaria | <p>Tutti dispositivi, consegnati in comodato d'uso, con un valore per o superiore a 500€ (valore definito di concordo con il Servizio Finanziario) devono essere inventariati nella procedura amministrativo contabile aziendale.</p> <p>Il numero di inventario, fornito dall'Ufficio Protesi, deve essere apposto in modo visibile ed indelebile in un punto del dispositivo non asportabile e non soggetto a logorio. In caso di sostituzione della parte su cui inizialmente è stato collocato, il numero di inventario deve essere messo di nuovo sulla parte sostituita.</p> | Etichetta adesiva |

LINEE D'INDIRIZZO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Calzature e Plantari

| 06.33.05 | | | |
|--|--|---|-----------|
| MINORI | | | Costo (€) |
| Patologie per la quale è possibile la prescrizione | Condizioni che escludono la prescrizione | Note | |
| 1) Valgismo del retropiede superiore al 7°- 8° grado fino a eventuale intervento; 2) Piede cavo di 2° -3° grado sintomatico; 3) Valgismo delle ginocchia di gravità media con distanza intermalleolare > 4 cm misurati in scarico, sopra i 3 anni. | Bambini d'età inferiore ai 4 anni con: 1) piede piatto lasso di 1° e 2° asintomatico; 2) piede piatto di 3° grado. | <p>L'indicazione clinica deve essere specificamente indicata nella prescrizione.</p> <p>La fornitura di calzature è indicata SOLO in patologie neurologiche, centrali o periferiche malformative o genetiche.</p> <p>La scarpa predisposta alla correzione con plantare può essere fornita in bambini al di sopra dei 3 anni in caso di grave valgismo delle ginocchia con distanza intermalleolare > 4 cm misurata in scarico.</p> <p>Nelle calzature di serie non sono previsti aggiuntivi (ad es. soles, tacchi antiscivolo ad esclusione delle correzioni della calzatura.</p> <p>Le possibilità di rinnovo della prescrizione del plantare per i minori prevede un tempo minimo di 1 anno, salvo situazioni particolari certificate in cui il piede ha avuto crescita estremamente veloce o il plantare risulti talmente usurato da giustificare in anticipo la prescrizione.</p> | |
| ADULTI PLANTARI | | | |
| Patologie ortopediche, reumatologiche, nelle osteoartrosi o osteoartriti con deformità, in presenza di dolore, edema e riduzione delle distanze | | | |

| ADULTI CALZATURE DI SERIE PIU' PLANTARI | | | |
|---|--|--|-----------------|
| | | Nelle calzature di serie non sono previsti aggiuntivi (ad es. soles, tacchi antiscivolo) ad eccezione delle correzioni della calzatura. | |
| Osteoartrosi o osteoartriti con deformità non correggibili con solo plantare (certificata dallo specialista con la dizione non correggibile) | | Un piede diabetico è considerato a alto rischio di lesione quando presenta: <ul style="list-style-type: none"> • ipercheratosi neuropatica; • diminuita sensibilità; • deformità; • evidenza di vasculopatia periferica; • precedenti ulcerazioni o amputazioni. Queste condizioni devono essere dichiarate nella prescrizione. | 600-1000 |
| Per piede diabetico ad alto rischio di lesioni (vedi nota) | | | |
| ADULTI CALZATURE SU MISURA | | | |
| Solo in presenza di amputazioni disturbi neurologici deformanti il piede o deformità ortopediche (certificate dallo specialista tali da non consentire l'utilizzo di calzature di serie). | | | 600-1000 |
| | | | |

Fac-simile modulo prescrizione Calzature e Plantari



Centro prescrittore

Assistito: _____ nato il ___/___/___
 Residente a _____ Via _____ n. ___
 Tessera Sanitaria n. _____ CF _____
 Diagnosi circostanziata _____
 Significato terapeutico _____

| PRESCRIZIONE PER ASSISTENZA PROTESICA (Calzature e Plantari) DM 332/99 | | | | | | | |
|---|--|---|---|--|----------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> MINORE DI ANNI 18 | | | <input type="checkbox"/> ADULTO INVALIDO | | | | |
| Plantari | | | | | | | |
| Diagnosi | Ausilio | Cod ISO | Diagnosi | Ausilio | Cod ISO | | |
| <input type="checkbox"/> Piede piatto di 3° grado | Plantari e rialzi Aggiuntivi Riparazioni: | 06.12.03. ____ | <input type="checkbox"/> Patologie ortopediche reumatologiche (deformità osteoartrosi osteoartriti) Limitazioni alla deambulazione SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/> Se si Distanza max giorno mt: _____ | Plantari e rialzi Aggiuntivi Riparazioni: | 06.12.03. ____ | | |
| <input type="checkbox"/> Piede piatto doloroso | | _____ | | | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Piede cavo 2° e 3° grado doloroso | | _____ | | | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Valgismo calcaneare > 7/8° | | Tutori gamba piede Aggiuntivi per tutori | | | 06.12.06. ____ | Tutori gamba piede Aggiuntivi per tutori | 06.12.06. ____ |
| <input type="checkbox"/> Valgismo ginocchia con distanza intermalleolare > 4cm | | _____ | | | _____ | | _____ |
| Calzature Ortopediche | | | | | | | |
| Diagnosi | Ausilio | Cod ISO | Diagnosi | Ausilio | Cod ISO | | |
| <input type="checkbox"/> Associata a plantare | Calzature ortopediche di serie e/o predisposte per plantare | 06.33.03 ____ | <input type="checkbox"/> Osteoartrosi/osteoartriti con deformità fortemente limitanti la deambulazione <input type="checkbox"/> piede diabetico ad alto rischio di lesioni. <i>Segnare le condizioni di alto rischio:</i> <input type="checkbox"/> ipercheratosi neuropatica, <input type="checkbox"/> diminuita sensibilità e deformità, deformità, <input type="checkbox"/> evidenza di vasculopatia periferica, <input type="checkbox"/> precedenti ulcerazioni ed amputazioni | Calzature ortopediche di serie e/o predisposte per plantare | 06.33.03 ____ | | |
| <input type="checkbox"/> _____ | | _____ | | | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> _____ | _____ | _____ | Nota: ai pazienti con piede diabetico ad alto rischio di lesioni possono essere prescritte calzature ortopediche di serie con associati plantari specifici atti a ridurre i picchi di pressione a livello della superficie plantare dei piedi | | | | |
| <input type="checkbox"/> Patologie neurologiche centrali o periferiche | Calzature ortopediche su misura Aggiuntivi Riparazioni | 06.33.06 ____ | <input type="checkbox"/> amputazioni | Calzature ortopediche su misura Aggiuntivi Riparazioni | 06.33.06 ____ | | |
| <input type="checkbox"/> Patologie malformative (escluso il piede piatto) | | _____ | <input type="checkbox"/> disturbi neurologici deformanti (Charcot-Marie-Tooth, esiti di poliomielite, ecc.) | | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Malattie genetiche | | _____ | <input type="checkbox"/> deformità ortopediche tali da non consentire l'utilizzo di calzature di serie (piede torto congenito) | | _____ | | |
| Nota: le calzature ortopediche di serie, predisposte per plantare, si possono prescrivere ai bambini al di sopra dei 4 anni, SOLO in caso di grave valgismo o varismo delle ginocchia. In tal caso, lo Specialista, a seguito di valutazione clinica, deve indicare nella prescrizione il riscontro di un valore patologico rilevato dalla misurazione della distanza intermalleolare nel valgismo, ovvero, della distanza intercondiloidea nel varismo, ciascuna delle precedenti associata al valore patologico dell'angolo femoro-tibiale, misurato su radiografie sotto carico. A tal riguardo, si ricorda che non possono essere considerate patologiche le distanze intermalleolari e intercondiloee inferiori a 5 cm e gli angoli femoro-tibiali di valore inferiore a 15°. | | | | | | | |

Mod. Prescrizione Calzature e Plantari

Rev. 1 del 10/12/2019

| RINNOVO |
|---|
| <p>I tempi minimi di rinnovo prevedono per minori di 18 anni massimo due forniture anno, per gli adulti una prescrivibilità ogni 12 mesi in soggetti deambulanti con grave difficoltà nella marcia tali da comportare notevole usura e ogni 18 mesi in soggetti non deambulanti con gravi deformità ai piedi.</p> <p>Alla richiesta di sostituzione, scaduto il tempo minimo di rinnovo, il prescrittore è tenuto alla verifica delle condizioni di usura della calzature in uso, astenendosi dal procedere con nuova prescrizione in caso di possibile utilizzo delle stesse. Una seconda fornitura prima della scadenza dei tempi minimi di rinnovo va sempre accompagnata da una dettagliata relazione dello specialista nella quale deve essere indicato se la sostituzione avviene per usura, danni irreparabili, inadeguatezza e nuovi bisogni dell'assistito.</p> <p>L'Ufficio di Assistenza Protesica procederà con periodiche verifiche a campione dell'osservanza di quanto disposto.</p> |

Data: / /

IL MEDICO SPECIALISTA:

- Fisiatra;
 Diabetologo;
 Ortopedico (solo plantari)

(Timbro e firma)

| | |
|--|---|
| VALUTAZIONE DEL SANITARIO COMPETENTE UFFICIO U.L.S.S. | |
| Vista la prescrizione specialistica si considera la richiesta: | <input type="checkbox"/> CONGRUA - <input type="checkbox"/> NON CONGRUA |
| Data: / / | IL SANITARIO |
| | _____ |
| | (Timbro e Firma) |
| AUTORIZZAZIONE | |
| U.L.S.S. n..... Prot. n. data | IL RESPONSABILE INCARICATO |
| Vista la prescrizione, il preventivo di spesa e la valutazione del Sanitario si autorizza per l'importo di € | _____ |
| | (Timbro e Firma) |
| DICHIARAZIONE DI RICEVUTA E GRADIMENTO | |
| Data: / / | L'ASSISTITO (o chi per esso) |
| | _____ |
| DICHIARAZIONE DI COLLAUDO | |
| Dichiaro di aver constatato che il dispositivo fornito: | |
| <input type="checkbox"/> è rispondente alla prescrizione | |
| <input type="checkbox"/> non è rispondente alla prescrizione per i seguenti motivi: | |
| | |
| | |
| | |
| Variazioni da apportare: | |
| | |
| | |
| Data: / / | IL MEDICO PRESCRITTORE |
| | _____ |
| | (Timbro e Firma) |

ORIGINALE unico esemplare valido per ottenere il pagamento della fattura

Ausili Assistenziali

| AUSILI ASSISTENZIALI | CODICE NOMENCLATORE | COMPATIBILITA' | COSTO (€) |
|--|---|---|-------------|
| Cuscino antidecubito in gel viscoelastico | 03.33.03.006 oppure 03.33.03.009 | Idonei alla prevenzione di lesioni in soggetti con ridotta mobilità a basso rischio di decubito | 43 |
| Cuscino composito con base anatomica preformata o base con formazione personalizzata integrata con fluidi automodellante | 03.33.03.012 | Preferibili i in soggetti con metastasi ossee | 57 |
| Cuscino antidecubito a bolle d'aria | 03.33.03.015 | Prescrivibili a non deambulanti obbligati alla postura seduta senza soluzione di continuità e con elevato rischio di decubito o con lesioni | 71 |
| Materasso antidecubito ad aria con camera a gonfiaggio alternato a segmenti interscambiabili con compressore a potenza variabile | 03.33.06.018 03.33.06.021 | Prescrivibili a pazienti affetti da patologie gravi che obbligano alla degenza senza soluzione di continuità o con elevato rischio di sviluppare lesioni da decubito. Sono ausili idonei all'utilizzo su letti normali od ortopedici. Non necessariamente tale ausilio va prescritto contemporaneamente al letto ortopedico. Non erogabile a persone accolte in strutture residenziali per non autosufficienti in regime di convenzione | 71,2 |
| Letto articolato elettrico | 18.12.10.009 Non prescrivibile associazione a: 12.06.XX.XXX 12.21.XX.XXX | Prescrivibili a pazienti affetti da grave patologia che obbligano alla degenza senza soluzione di continuità ma in grado di autogestirsi la postura e che non dispongono di personale di assistenza in maniera continuativa. | 522 |
| Letto ortopedico 2 manovelle | 18.12.07.006 Non prescrivibile in associazione a: 12.06.XX.XXX 12.21.XX.XXX | Prescrivibili a pazienti affetti da patologie gravi che obbligano alla degenza senza soluzione di continuo. Non prescrivibile in associazione con deambulatore o carrozzina pieghevole. a telaio rigido ad autospinta, superleggera, elettrica . Compatibile con sedia comoda codificata con 12.21.03.003, 12.21.03.006 Non erogabile a paziente accolto in struttura residenziale per non autosufficienti in regime di convenzione Non prescrivibile a paziente accolto in struttura residenziale per non autosufficienti in regime di convenzione Se il paziente abbisogna solo di contenzione, per evitare le cadute, prescrivere mediante la riconducibilità le universali e specificare se per letto singolo o matrimoniale Indicato come supporto alla movimentazione del paziente allettato. Non erogabile a paziente accolto in struttura residenziale per non autosufficienti in regime di convenzione | 126 |

| AUSILI ASSISTENZIALI | CODICE NOMENCLATORE | COMPATIBILITA' | COSTO (€) |
|---|---|---|-----------|
| Sponde letto (Aggiuntivo letto) | 18.12.27.103 | Non erogabile a paziente accolto in struttura residenziale per non autosufficienti in regime di convenzione | 76 |
| Supporto per alzarsi dal letto (Agg. Letto) | 12.30.09.103 Non prescrittibile in associazione ad ausili per il sollevamento: 12.36.03 | Indicato come supporto alla movimentazione del paziente allettato. Non erogabile a paziente accolto in struttura residenziale per non autosufficienti in regime di convenzione | 26 |
| Sedia per WC e doccia | 09.12.03.003 Non prescrittibile in associazione a: 12.21.03.003 12.21.03.006 | Non compatibile con la comoda. Non prescrittibile a paziente accolto in struttura residenziale per non autosufficienti in regime di convenzione | 175 |
| Rialzo stabilizzante WC | 09.12.24.003 | Non compatibile con la comoda, con la sedia per WC e doccia e rialzo stabilizzante per WC. Non prescrittibile a paziente accolto in struttura residenziale per non autosufficienti in regime di convenzione | 58 |
| Sollevatore oleodinamico | 12.21.03.006 09.12.03.003 | Prescrittibile solo dopo sopralluogo domiciliare Indicato per lo spostamento di invalidi con perdita della capacità residua di spostamento autonomo. Non prescrittibile a paziente accolto in struttura residenziale per non autosufficienti in regime di convenzione | 356 |
| Sollevatore elettrico | 12.36.03.006 Non prescrittibile in associazione a supporto per alzarsi dal letto 12.30.09.103 | Prescrittibile solo dopo sopralluogo domiciliare Indicato per lo spostamento di invalidi con perdita della capacità residua di spostamento autonomo. N.B. indicato in caso di paziente > 100 kg e nei casi di difficoltà fisiche dei caregiver. Non prescrittibile a paziente accolto in struttura residenziale per non autosufficienti | 413 |
| Tripode | 12.03.06.003 Non prescrittibile in associazione a: 18.12.07.003 | Ausilio indicato per riattivare la funzione deambulatoria, previa valutazione specialistica. Non compatibile in associazione a letto o deambulatori o seggiolone polifunzionale / sistema di postura | 13 |

| AUSILI ASSISTENZIALI | CODICE NOMENCLATORE | COMPATIBILITA' | COSTO (€) |
|--|---|--|-------------|
| | 18.12.07.006 12.06.XX.XXX 18.09.18.012 18.09.39.XXX | | |
| Quadripode | 12.03.14.003 Non prescrivibile associazione a: 18.12.07.003 18.12.07.006 12.06.XX.XXX 18.09.18.012 18.09.39.XXX | Ausilio indicato per riattivare la funzione deambulatoria, previa valutazione specialistica. Non compatibile in associazione a letto o deambulatorio seggiolone polifunzionale / sistema di postura. | 15 |
| Deambulatore fisso Leggero 4 puntali | 12.06.03.003 Non prescrivibile in associazione a: 18.12.07.003 18.12.07.006 | Non prescrivibile in associazione a letto o altro deambulatore o seggiolone polifunzionale o sistema di postura, previa valutazione specialistica. Controindicato in tutti quei soggetti con turbe di equilibrio e nelle alterazioni della coordinazione | 22 |
| Deambulatore fisso Leggero 2 ruote 2 puntali | 12.06.06 .003 Non prescrivibile associazione a: 18.12.07.003 18.12.07.006 12.06.XX.XXX 18.09.18.012 18.09.39.XXX | Non prescrivibile in associazione a letto o altro deambulatore o seggiolone polifunzionale o sistema di postura, previa valutazione specialistica. Controindicato in tutti quei soggetti con turbe di equilibrio e nelle alterazioni della coordinazione | 22,5 |
| Deambulatore 2 ruote 2 puntali | 12.06.06.003 Non prescrivibile associazione a: 18.12.07.003 18.12.07.006 12.06.XX.XXX | Non prescrivibile in associazione a letto o altro deambulatore o seggiolone polifunzionale o sistema di postura, previa valutazione specialistica. | 24,5 |

| AUSILI ASSISTENZIALI | CODICE NOMENCLATORE | COMPATIBILITA' | COSTO (€) |
|--|--|--|-------------|
| | 18.09.18.012 18.09.39.XXX | | |
| Deambulatore 4 ruote con ascellari, sedile imbottito con freni di stazionamento su ruote (aggiuntivo) | 12.06.09.006 + 12.06.09.130 Non prescrivibile in associazione a: 18.12.07.003 18.12.07.006 12.06.XX.XXX 18.09.18.012 18.09.39.XXX | Non prescrivibile in associazione a letto o altro deambulatore o seggiolone polifunzionale o sistema di postura, previa valutazione specialistica | 78,5 |
| Deambulatore 4 ruote con anti brachiale, sedile imbottito con freni di stazionamento su ruote (aggiuntivo) | 12.06.09.009 12.06.09.106 + 12.06.09.130 Non prescrivibile in associazione a: 18.12.07.003 18.12.07.006 12.06.XX.XXX 18.09.18.012 18.09.39.XXX | Non prescrivibile in associazione a letto o altro deambulatore o seggiolone polifunzionale o sistema di postura, previa valutazione specialistica. | 78,5 |
| Deambulatore 4 ruote grandi da esterni (con freno, sedile e telaio pieghevole (Rollator)) | 12.06.09.009 12.06.09.106 + 12.06.09.130 Non prescrivibile in associazione a: 18.12.07.003 18.12.07.006 12.06.XX.XXX 18.09.18.012 18.09.39.XXX 18.09.39.XXX | Non prescrivibile in associazione a letto o altro deambulatore o seggiolone polifunzionale o sistema di postura, previa valutazione specialistica. | 57 |

| AUSILI ASSISTENZIALI | CODICE NOMENCLATORE | COMPATIBILITA' | COSTO (€) |
|---|--|---|--|
| Sistemi di postura modulari e su misura | 18.09.39.XXX Non prescrivibile in associazione a: 12.03.XX.XXX 12.06.XX.XXX 18.09.18.012 12.21.03.003 12.21.03.006 12.21.06.060 | Prescrivibili a soggetti affetti da grave disabilità secondaria a importanti menomazioni motorie che determinano una severa insufficienza posturale globale o segmentaria (tronco/bacino, bacino, capo, arto sup., arto inf.) di tipo permanente. Non compatibile con altri sistemi legati al movimento autonomo (deambulatori) e con sedia comoda. Non prescrivibile con seggiolone polifunzionale. Possibili limitazioni d'uso: età, condizioni cliniche, ambientali, sociali. | 1434 630 800 |
| Seggiolone polifunzionale standard | 18.09.18.012 Non prescrivibile associazione a: 12.03.XX.XXX 12.06.XX.XXX 18.09.39.XXX 12.21.XX.XXX 12.21.03.006 | Prescrivibili a soggetti affetti da grave disabilità, secondaria a importanti menomazioni motorie che determinano una severa insufficienza posturale permanente. Possibili limitazioni d'uso: età, condizioni cliniche, ambientali, sociali. Non prescrivibili in associazione con altri sistemi legati al movimento autonomo (deambulatori, carrozzine pieghevoli ad auto spinta telaio rigido, superleggere, elettriche), e con sistema posturale modulare e su misura. Compatibile con sedia comoda codificata con 12.21.03.003. | 1277 1600 930 |
| Carrozzina a telaio rigido con schienale rigido manovrabile dall'accompagnatore dispositivo WC estraibile, ruote piccole (Comoda) | 12.21.03.003 Non prescrivibile in associazione a: 09.12.03.003 09.12.24.003 12.21.06.039 | Non adatta per uso esterno. Compatibile con letto ortopedico, materasso antidecubito. Non compatibile con altro ausilio con WC come Sedia per WC e doccia e Rialzo stabilizzante WC (solo con appoggio al pavimento - 3 in 1). Non prescrivibile a paziente accolto in struttura residenziale per non autosufficienti in regime di convenzione | 70 |
| Carrozzina a telaio rigido con schienale reclinabile manovrabile dall'accompagnatore dispositivo WC estraibile, ruote piccole (Comoda) | 12.21.03.006 Non prescrivibile in associazione 09.12.03.003 09.12.24.003 | Non adatta per uso esterno. Compatibile con letto ortopedico, materasso antidecubito. Non compatibile con altro ausilio con WC come sedia per WC e doccia e | 170 |

| AUSILI ASSISTENZIALI | CODICE NOMENCLATORE | COMPATIBILITA' | COSTO (€) |
|---|---------------------|--|-----------|
| Carrozzina a telaio rigido ad auto spinta, ruote posteriori grandi, schienale reclinabile, senza WC | 12.21.06.006 | Indicata nei soggetti che possono uscire di casa solo accompagnati | 170 |

Carrozine

| AUSILI ASSISTENZIALI | CODICE NOMENCLATORE | COMPATIBILITA' | COSTO (€) |
|---|---------------------|--|-----------|
| Pieghevole con telaio stabilizzante (standard) | 12.22.03.003 | Mobilizzazione di pazienti non deambulanti o deambulanti per brevi tratti continuativi inferiori a 50-100 metri o percorrenze superiori ove ciò determini completa autonomia negli spostamenti all'esterno. Braccioli o pedane estraibili. Non compatibile con prescrizione di letto ortopedico. | 474 |
| Pieghevole da transito manovrabile dall'accompagnatore | 12.22.03.009 | Pazienti non in grado di auto spingersi. Necessità di riduzione degli ingombri | 474 |
| Leggera, pieghevole con telaio stabilizzante con aggiuntivo leggera | 12.22.03.006 | Peso non superiore a 16 Kg. Solo per chi si muove autonomamente soprattutto in carrozzina. Limitazione del cammino inferiore a 100 metri. Compatibile con prescrizione ausili per la deambulazione. | 630 |
| Pieghevole (o a telaio rigido) superleggera | 12.22.03.060 | Peso non superiore a 13 Kg. Mobilizzazione ad auto spinta in pazienti che svolgono intensa attività esterna . Idonea ad un uso regolare, assiduo particolarmente gravoso in ambienti esterni quotidiani. PRI che relazioni sul rapporto tra intensa attività esterna e la capacità di gestione autonoma del presidio. Incompatibile con la prescrizione di letto ortopedico, materassi o la carrozzina elettrica. | 1600 |
| Elettrica per uso Interno/esterno | 12.21.27.006 | Per uso interno/esterno Spostamento autonomo in ambienti interni/esterni. La pieghevolezza (qualora presente) consente di avere una comoda movimentazione in ambienti non particolarmente ampi e una trasportabilità in vetture non dotate di particolari sistemi di carico | 2800 |
| Elettrica per prevalente uso esterno | 12.21.27.009 | Per uso esterno Spostamento autonomo anche su reti viarie con asperità e pendenze tali da comportare un impegno severo degli organi meccanici ed elettrici. In grado di superare pendenze maggiori alle precedenti, robustezza, autonomia e velocità. Come svantaggio maggiore ingombro trasporto su vetture adattate con pedane o rampe | 4200 |

| AUSILI ASSISTENZIALI | CODICE NOMENCLATORE | COMPATIBILITA' | COSTO (€) |
|----------------------|---------------------|--|-----------|
| | | <p>Indicazioni prescrittive</p> <p>In pazienti con affezione agli arti superiori tale da non essere in grado di autospingersi e con la necessità di un uso quotidiano continuativo oppure in condizioni scadenti ovvero con compromissioni cardio respiratorie per cui lo sforzo manuale è gravoso. Impossibilità o grave limitazione al cammino funzionale associata a difficoltà a manovrare una carrozzina manuale o a patologie nelle quali vi è l'indicazione al risparmio articolare (ad es. patologia reumatoide). O il risparmio energetico in caso di affaticabilità neuromuscolare secondaria a problemi internistici (grave cardiopatia, dialisi) anche se conservato il cammino autonomo</p> <p>Tra i criteri di valutazione va considerata la motivazione e la frequenza d'uso, l'incompatibilità con altre tipologie di ausili che assolvono lo stesso scopo, sufficienti abilità sensoriali (vista e udito) e neuropsicologiche per garantire la gestione della carrozzina in sicurezza, mantenimento della posizione seduta in carrozzina anche con ausili posturali adeguate possibilità di usare una parte del corpo o una modalità per comandare l'ausilio in modo efficace e sicuro. Non prescrivibile in caso di grave eminegligenza, grave insufficienza mentale o deterioramento cognitivo</p> | |

Protesi Acustiche

| AVENTI DIRITTO | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Minori affetti da ipoacusia • Soggetti maggiorenni riconosciuti invalidi civili con una percentuale superiore a 1/3 con diagnosi di deficit uditivo verbalizzato sul documento d'invalidità | <ul style="list-style-type: none"> • Non sono a carico dell'Azienda forniture protesiche conseguenti a ipoacusie professionali di pertinenza I.N.A.I.L.. • E' esclusa la fornitura a soggetti con demenza senile grave, morbo di Alzheimer, età avanzata con compromissione cognitiva. |
| PRESCRIZIONE | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Medici Specialisti in Otorinolaringoiatria o in Audiologia dipendenti o convenzionati dell'Azienda ULSS; • La protesi può essere erogata Per deficit acustico uguale o superiore a 65 decibel sulla media delle frequenze di 500, 1.000, 2.000 Hz, | <ul style="list-style-type: none"> • Nel caso in cui la prescrizione sia fatta da specialisti di altre aziende sanitarie regionali ed extraregionali, la stessa dovrà essere valutata ed eventualmente convalidata dal medico specialista dell' ULSS16. |
| SMARRIMENTO ROTTURA | |
| <p>In caso di rottura il paziente dovrà recarsi a visita specialistica munito della protesi già in suo possesso e di una certificazione scritta rilasciata dalla Ditta che dichiara la non riparabilità della protesi in uso. Il rinnovo anticipato per usura, rottura accidentale, impossibilità tecnica alla riparazione, può essere autorizzato una sola volta.</p> | |

Sostituzione di Esoprotesi Cocleare

In considerazione dell'alto costo della sostituzione delle esoprotesi cocleari, l'Azienda si riserva di sostituire un numero massimo complessivo di 10 esoprotesi all'anno.

SPECIALISTI COMPETENTI ALLA PRESCRIZIONE DI PROTESI, AUSILI, DISPOSITIVI (DGR 330/2019)

La DGRV 330/2019 individua gli specialisti competenti che possono prescrivere le protesi, le ortesi, gli ausili sulla base di una classificazione attuata in base alla classe e al codice ISO del Nomenclatore tariffario. Non sono ammesse prescrizioni da parte di specialisti di branca non attinente. La tabella sottostante riporta gli ambiti prescrittivi di ciascuna disciplina specialistica.

| Specialista Competente | Elenco | cod ISO | Descrizione | Limitazioni | NOTE |
|-------------------------------|--------------------|----------------|---|--------------------|-------------|
| fisiatra | Elenco 1 332/99 | 03.78 | ausili per rieducazione attività quotidiane | | |
| fisiatra | Elenco 1 332/99 | 03.48 | ausili per rieducazione di movimento forza equilibrio | | |
| fisiatra | Elenco 1 332/99 | 06.33 | calzature ortopediche | | |
| fisiatra | Elenco 1 332/99 | 06.27 | protesi cosmetiche e non funzionali di arto inferiore | | |
| fisiatra | Elenco 1 332/99 | 06.24 | protesi di arto inferiore | | |
| fisiatra | Elenco 1 332/99 | 06.18 | protesi di arto superiore | | |
| fisiatra | Elenco 1 332/99 | 06.12 | apparecchi ortopedici per arto inferiore | | |
| fisiatra | Elenco 1 332/99 | 06.06 | apparecchi ortopedici per arto superiore | | |
| fisiatra | Elenco 1 332/99 | 06.03 | ortesi spinali | | |
| fisiatra | Elenco 1 332/99 | 12.27 | veicoli (passeggini)ausili per sollevamento | | |
| fisiatra | Elenco 1 332/99 | 12.24 | accessori per carrozzine | | |
| fisiatra | Elenco 1 332/99 | 12.21 | carrozzine | | |
| fisiatra | Elenco 1 332/99 | 12.18 | biciclette | | |

| Specialista Competente | Elenco | cod ISO | Descrizione | Limitazioni | NOTE |
|-------------------------------|------------------------|----------------|---|--------------------|-------------|
| fisiatra | Elenco 1 332/99 | 12.06 | ausili per la deambulazione usati con duebraccia | | |
| fisiatra | Elenco 1 332/99 | 12.03 | ausili per la deambulazione usati con un braccio | | |
| fisiatra | Elenco 1 332/99 | 18.09.39 | sistemi di postura modulare su misura | | |
| fisiatra | Elenco 1 332/99 | 18.09.18 | ausili per la posizione seduta: seggiolone | | |
| fisiatra | Elenco 1 dpcm 2017 | 04.06 | ausili per la terapia circolatoria | | |
| fisiatra | Elenco 1 dpcm 2017 | 06.03 | ortesi spinale | | |
| fisiatra | Elenco 1 dpcm 2017 | 06.06 | ortesi per arto superiore | | |
| fisiatra | Elenco 1 dpcm 2017 | 06.12 | ortesi per arto inferiore | | |
| fisiatra | Elenco 1 dpcm 2017 | 06.18 | protesi di arto superiore (ULPS) | | |
| fisiatra | Elenco 1 dpcm 2017 | 06.24 | protesi di arto inferiore (LLPS) | | |
| fisiatra | Elenco 1 dpcm 2017 | 06.33 | calzature ortopediche | | |
| fisiatra | Elenco 1 dpcm 2017 | 12.27 | sedie da trasporto / basi di mobilità manovrate dall'accompagnatore | | |
| fisiatra | Elenco 1 dpcm 2017 | 18.09 | sedute e sistemi di seduta speciali (costruite su misura) | | |
| fisiatra | Elenco 2A dpcm 2017 | 06.03 | ortesi spinali | | |
| fisiatra | Elenco 2A dpcm 2017 | 06.06 | ortesi per arto superiore | | |
| fisiatra | Elenco 2A dpcm 2017 | 06.12 | ortesi per arto inferiore | | |

| Specialista Competente | Elenco | cod ISO | Descrizione | Limitazioni | NOTE |
|-------------------------------|------------------------|----------------|--|---|--|
| fisiatra | Elenco 2A dpcm 2017 | 06.33 | calzature ortopediche | | |
| fisiatra | Elenco 2A dpcm 2017 | 12.22 | carrozine | | |
| fisiatra | Elenco 2A dpcm 2017 | 18.09 | ausili per la posizione seduta sistemi di postura | | |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.06 | ausili per terapia circolatoria | | NOTA per pazienti affetti da malattia rara (RGG020, RCG040, RIO020, RN0960, RN1510 eRDG020 si rimanda ai Centri accreditati dalla Regione di appartenenza (per Veneto ex DGR 763 del 14/05/2015 e s.m.i) |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.08 | indumenti a compressione per controllo e concettualizzazione del corpo | | |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.33 | ausili per la gestione dell'integrità tessutale (ausili antidecubito) | | NOTA: limitatamente ai materassi ed alle traverse antidecubito (cod ISO 04.33.06), ausili prescrivibile esclusivamente a pazienti presso abitazioni private |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.48 | tavolo inclinabile per statica | | |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 06.06 | ortesi per arto superiore | | |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 09.06.03 | ausili da indossare per la protezione del corpo | Limitatamente agli ausili per la protezione della testa (cod ISO09.06.03) | NOTA per pazienti affetti da malattia rara (RN0570, RN070) relativamente agli ausili per la protezione del tronco e dell'intero corpo (cod ISO 09.06.24) si rimanda ai Centri accreditati dalla Regione di appartenenza (per Veneto ex DGR 763 del 14/05/2015 e s.m.i) |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 09.12 | ausili per evacuazione | | NOTA: ausili prescrivibili esclusivamente a pazienti presso abitazioni private |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 09.33 | ausili per lavarsi, per fare il bagno e la doccia | | NOTA: ausili prescrivibili esclusivamente a pazienti presso abitazioni private |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 12.03 | ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio | | |

| Specialista Competente | Elenco | cod ISO | Descrizione | Limitazioni | NOTE |
|-------------------------------|---------------------|----------------|--|--|--|
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 12.06 | ausili per la deambulazione utilizzati con due braccia | | |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 12.18 | cicli | | |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 12.22 | carrozine | | |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 12.23 | carrozine a motore elettrico | | |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 12.24 | unità di propulsione | | |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 12.27 | veicoli e mezzi di trasporto | | |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 12.31 | ausili per il trasferimento | | NOTA: ausili prescrivibili esclusivamente a pazienti presso abitazioni private |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 12.39 | ausili per il sollevamento | | NOTA: ausili prescrivibili esclusivamente a pazienti presso abitazioni private |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 15.09 | ausili per mangiare e bere | | NOTA: ausili prescrivibili esclusivamente a pazienti presso abitazioni private |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 18.09 | ausili per la posizione seduta | | |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 18.12 | letti | | NOTA: ausili prescrivibili esclusivamente a pazienti presso abitazioni private |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 18.18 | sistemi di sostegno | | NOTA: ausili prescrivibili esclusivamente a pazienti presso abitazioni private |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 18.30 | ausili per il superamento di barriere verticali | | NOTA prescrivere preferibilmente |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 22.21 | ausili per la comunicazione interpersonale | | con presa in carico del paziente da parte di un team multidisciplinare, fisiatra, logopedista, fisioterapista) |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 22.24 | telefoni e ausili per telefonare | | |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 22.30 | ausili per la lettura | limitatamente agli ausili volta pagina | |

| Specialista Competente | Elenco | cod ISO | Descrizione | Limitazioni | NOTE |
|------------------------|---------------------|---------|---|--|---|
| | | | | ((cod ISO 22.30.12) e leggi (Cod ISO 22.30.15) | |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 22.36 | dispositivi di ingresso per computer | | |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 22.39 | dispositivi di uscita per computer | | |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 24.09 | ausili per gestire e controllare dispositivi | | |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 24.13 | sistemi di controllo a distanza | | |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 24.18 | ausili per assistere e/o sostituire funzioni di braccia e/o mani e/o dita | | |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 24.21 | ausili per raggiungere e prendere altri oggetti (distanti) | | |
| fisiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 24.24 | sistemi di posizionamento fissi | | |
| audiologo-foniatra | Elenco 1 332/99 | 21.45 | apparecchi acustici | | |
| audiologo-foniatra | Elenco 2A dpcm 2017 | 22.06 | ausili per l'udito | | NOTA per gli impianto cocleari nei bambini fino alla soglia dei 5 anni di età si rimanda ai Centri di rif.to Regionali (Decreto 282 del 30/09/2015 e s.m.i) |
| audiologo-foniatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 22.18 | ausili per registrare e riprodurre informazioni audio e video | | |
| audiologo-foniatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 22.24 | telefoni e ausili per telefonare | | |
| chirurgo generale | Elenco 1 332/99 | 03.12 | ausili per la terapia dell'ernia | | |
| chirurgo generale | Elenco 2B dpcm 2017 | 06.30 | protesi non di arto - protesi mammarie esterne | | |

| Specialista Competente | Elenco | cod ISO | Descrizione | Limitazioni | NOTE |
|---------------------------------------|------------------------|----------------|--|---|---|
| chirurgo plastico | Elenco 2B dpcm 2017 | 06.30 | protesi non di arto - protesi mammarie esterne | | |
| chirurgo vascolare esperto angiologia | Elenco 1 dpcm 2017 | 04.06 | ausili per la terapia circolatoria | | |
| chirurgo vascolare esperto angiologia | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.06 | ausili per terapia circolatoria | | NOTA per pazienti affetti da malattia rara (RGG020, RCG040, RI0020, RN0960, RN1510 eRDG020 si rimanda ai Centri accreditati dalla Regione di appartenenza (per Veneto ex DGR 763 del 14/05/2015 e s.m.i)) |
| diabetologo | Elenco 1 332/99 | 06.12.03 | apparecchi ortopedici per arto inferiore | Piede diabetico limitatamente alle ortesi per piede diabetico, inclusi plantari ed inserti (cod ISO 06.12.03) | |
| diabetologo | Elenco 1 332/99 | 06.33.06 | calzature ortopediche | Piede diabetico limitatamente al le calzature ortopediche su misura (cod ISO 06.33.06) | |
| diabetologo | Elenco 1 dpcm 2017 | 06.12.03/06 | ortesi per arto inferiore | Piede diabetico limitatamente alle ortesi per piede (cod ISO 06.12.03) e per caviglia -piede (cod ISO 06.12.06) | |
| diabetologo | Elenco 1 dpcm 2017 | 06.33 | calzature ortopediche | Piede diabetico limitatamente al le calzature ortopediche su misura (cod ISO 06.33.05) | |
| diabetologo | Elenco 2A dpcm 2017 | 06.12.06 | ortesi per arto inferiore | Piede diabetico limitatamente alle ortesi per caviglia - piede (cod ISO 06.12.06) | |

| Specialista Competente | Elenco | cod ISO | Descrizione | Limitazioni | NOTE |
|-------------------------------|------------------------|----------------|---|--|---|
| geriatra | Elenco 1 332/99 | 12.03 | ausili per la deambulazione usati con un braccio | | |
| geriatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.03.21 | ausili per terapia respiratoria | limitatamente agli aspiratori (cod ISO 04.03.21) | NOTA per ventilatori/respiratori (cod ISO 04.03.12) si rimanda ai Centri accreditati dalla Regione |
| geriatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.19 | ausili per somministrazione di medicinali | | |
| geriatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.33 | ausili per la gestione dell'integrità tessutale (ausili antidecubito) | | NOTA: limitatamente ai materassi ed alle traverse antidecubito (cod ISO 04.33.06), ausili prescrivibile esclusivamente a pazienti presso abitazioni private |
| geriatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 09.12 | ausili da indossare per la protezione del corpo | | NOTA: ausili prescrivibili esclusivamente a pazienti presso abitazioni private |
| geriatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 12.03 | ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio | | |
| geriatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 12.22 | carrozine | con esclusione delle carrozine ad autospinta sulle ruote posteriori a verticalizzazione elettrica (cod ISO 12.2203018) | |
| geriatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 18.12 | letti | | NOTA: ausili prescrivibili esclusivamente a pazienti presso abitazioni private |
| internista | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.03.21 | ausili per terapia respiratoria | limitatamente agli aspiratori (cod ISO 04.03.21) | NOTA per ventilatori/respiratori (cod ISO 04.03.12) si rimanda ai Centri accreditati dalla Regione |
| internista | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.19 | ausili per somministrazione di medicinali | | |
| internista | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.33 | ausili per la gestione dell'integrità tessutale (ausili antidecubito) | | NOTA: limitatamente ai materassi ed alle traverse antidecubito (cod ISO 04.33.06), ausili prescrivibile esclusivamente a pazienti presso abitazioni private |
| neurologo | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.19 | ausili per somministrazione di medicinali | | |
| neurologo | Elenco 2B dpcm 2017 | 09.06.03 | ausili da indossare per la protezione del corpo | limitatamente agli ausili per la | |

| Specialista Competente | Elenco | cod ISO | Descrizione | Limitazioni | NOTE |
|---------------------------|---------------------|---------|--|---|--|
| | | | | protezione della testa (cod ISO09.06.03) | |
| neuropsichiatra infantile | Elenco 2B dpcm 2017 | 22.30 | ausili per la lettura | per pazienti con diagnosi con disturbi specifici dell'apprendimento, alle macchine per il riconoscimento dei caratteri (cod ISO 22.30.21) | |
| oculista | Elenco 1 332/99 | 06.30 | protesi non di arto: oculari | | |
| oculista | Elenco 1 332/99 | 21.03 | ausili ottici | | |
| oculista | Elenco 1 dpcm 2017 | 06.30 | protesi non di arto: oculari su misura | | |
| oculista | Elenco 1 dpcm 2017 | 23.03 | ausili ottici correttivi su misura | | per pazienti affetti da malattia rara |
| oculista | Elenco 2A dpcm 2017 | 22.03 | ausili per la vista | | NOTA per pazienti affetti da malattia rara si rimanda ai Centri accreditati dalla Regione di appartenenza (per Veneto ex DGR 763 del 14/05/2015 e s.m.i) |
| oculista | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.24 | ausili per test fisici e biochimici | | |
| oculista | Elenco 2B dpcm 2017 | 12.39 | ausili per l'orientamento | | |
| oculista | Elenco 2B dpcm 2017 | 22.03 | ausili per la vista | | |
| oculista | Elenco 2B dpcm 2017 | 22.12 | ausili per il disegno e la scrittura | | |
| oculista | Elenco 2B dpcm 2017 | 22.24 | telefoni e ausili per telefonare | | |
| oculista | Elenco 2B dpcm 2017 | 22.27 | ausili per indicazioni, segnalazioni e allarmi | limitatamente agli orologi (cod ISO22.27.12) | Nota per gli allarmi di sicurezza personale (22.27.18) si rimanda alla normativa vigente sul telesoccorso |

| Specialista Competente | Elenco | cod ISO | Descrizione | Limitazioni | NOTE |
|-------------------------------|---------------------|----------------|--|--|---|
| oculista | Elenco 2B dpcm 2017 | 22.30 | ausili per la lettura | limitatamente alle macchine per il riconoscimento dei caratteri (cod ISO 22.30.21) | |
| oncologo | Elenco 1 dpcm 2017 | 04.06 | ausili per la terapia circolatoria | | |
| oncologo | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.06 | ausili per terapia circolatoria | | NOTA per pazienti affetti da malattia rara (RGG020, RCG040, RI0020, RN0960, RN1510 e RDG020 si rimanda ai Centri accreditati dalla Regione di appartenenza (per Veneto ex DGR 763 del 14/05/2015 e s.m.i) |
| oncologo | Elenco 2B dpcm 2017 | 06.30 | protesi non di arto - protesi mammarie esterne | | |
| ortopedico | Elenco 1 332/99 | 06.03 | ortesi spinali | | |
| ortopedico | Elenco 1 332/99 | 06.06 | apparecchi ortopedici per arto superiore | | |
| ortopedico | Elenco 1 332/99 | 06.12 | apparecchi ortopedici per arto inferiore | | |
| ortopedico | Elenco 1 dpcm 2017 | 06.03 | ortesi spinale | | |
| ortopedico | Elenco 1 dpcm 2017 | 06.12 | ortesi per arto inferiore | | |
| ortopedico | Elenco 2A dpcm 2017 | 06.03 | ortesi spinali | | |
| ortopedico | Elenco 2A dpcm 2017 | 06.12 | ortesi per arto inferiore | | |
| otorinolaringoiatra | Elenco 2A dpcm 2017 | 22.06 | ausili per l'udito | | NOTA per gli impianti cocleari nei bambini fino alla soglia dei 5 anni di età si rimanda ai Centri di rif.to Regionali (Decreto 282 del 30/09/2015 e s.m.i) |
| otorinolaringoiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.03 | ausili per terapia respiratoria | | NOTA per ventilatori/respiratori (cod ISO 04.03.12) si rimanda ai Centri accreditati dalla Regione |

| Specialista Competente | Elenco | cod ISO | Descrizione | Limitazioni | NOTE |
|-------------------------------|---------------------|----------------|---|--|---|
| otorinolaringoiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 22.18 | ausili per registrare e riprodurre informazioni audio e video | | |
| otorinolaringoiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 22.21 | ausili per la comunicazione interpersonale | | |
| otorinolaringoiatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 22.24 | telefoni e ausili per telefonare | | |
| otorinolaringoiatra | Elenco 1 332/99 | 21.45 | apparecchi acustici | | |
| palliativista esperto | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.03.21 | ausili per terapia respiratoria | (per paz in cura) limitatamente agli aspiratori (cod ISO 04.03.21) | NOTA per ventilatori/respiratori (cod ISO 04.03.12) si rimanda ai Centri accreditati dalla Regione |
| palliativista esperto | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.19 | ausili per somministrazione di medicinali | per paz in cura | |
| palliativista esperto | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.33 | ausili per la gestione dell'integrità tessutale (ausili antidecubito) | per paz in cura | NOTA: limitatamente ai materassi ed alle traverse antidecubito (cod ISO 04.33.06), ausili prescrivibile esclusivamente a pazienti presso abitazioni private |
| palliativista esperto | Elenco 2B dpcm 2017 | 18.12 | letti | per pazienti in cura | NOTA: ausili prescrivibili esclusivamente a pazienti presso abitazioni private |
| pediatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.03 | ausili per terapia respiratoria | per minorenni | NOTA per ventilatori/respiratori (cod ISO 04.03.12) si rimanda ai Centri accreditati dalla Regione |
| pediatra | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.19 | ausili per somministrazione di medicinali | per minorenni | |
| pneumologo | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.19 | ausili per somministrazione di medicinali | | |
| pneumologo | Elenco 2B dpcm 2017 | 04.03 | ausili per terapia respiratoria | | NOTA per ventilatori/respiratori (cod ISO 04.03.12) si rimanda ai Centri accreditati dalla Regione |

SOSTITUZIONE DEI DISPOSITIVI E TEMPI MINIMI DI RINNOVO

Il principio cui fare riferimento per la sostituzione dei dispositivi è il seguente: dovrà essere sempre valutata e, soprattutto documentata, l'effettiva necessità del rinnovo. Ciò indipendentemente dalla data di scadenza per una nuova richiesta.

Una nuova fornitura è subordinata alla verifica di non idoneità della protesi o dell'ausilio in uso.

Sono previsti controlli a campione, mediante convocazione dell'utente oggetto del rinnovo, con presa visione dell'ausilio.

L'azienda di norma autorizza la fornitura di nuovi dispositivi o la sostituzione di quelli in uso in favore dei propri assistiti di età inferiore ai 18 anni, purché documentata da specifica relazione dello specialista secondo un preciso piano riabilitativo-assistenziale. Diversamente, per gli assistiti di età superiore ai 18 anni, la fornitura di nuovi dispositivi o la sostituzione di quelli in uso è autorizzata nei casi di:

- a) Particolari necessità terapeutiche o riabilitative o modifica dello stato psicofisico dell'assistito, in conformità a una dettagliata relazione del medico prescrittore allegata alla prescrizione che attesti, con adeguata motivazione, l'inadeguatezza dell'ausilio in uso e la necessità del rinnovo per il mantenimento delle autonomie della persona nel suo contesto di vita;
- b) Rottura accidentale o usura, non attribuibili all'uso improprio del dispositivo, a grave incuria o a dolo, cui consegue l'impossibilità tecnica o la non convenienza della riparazione ovvero la non perfetta funzionalità del dispositivo riparato, valutate dall'azienda sanitaria locale anche con l'ausilio di tecnici di fiducia.

Il DPCM 12 gennaio 2017 ha introdotto modifiche sostanziali relativamente i tempi minimi di rinnovo degli ausili protesici, precisando (art 18 comma 10) che per gli assistiti di età inferiore ai 18 anni, non si applicano i tempi minimi di rinnovo. Per gli assistiti di età superiore ai 18 anni sono applicati i tempi minimi di rinnovo, indicati nell'elenco 1 dell'allegato 5, per ciascuna classe di dispositivi.

Per tutti gli altri dispositivi, per i quali non sono indicati i tempi minimi di rinnovo, elenchi 2A e 2B l'Azienda autorizza la fornitura di nuovi dispositivi, nei casi indicati nei precedenti punti a) e b).

Tuttavia, secondo il comma 5 dell'art 64 dello stesso DPCM – Norme finali e transitorie – l'entrata in vigore delle disposizioni in materia di erogazione di dispositivi protesici inclusi nell'Elenco 1 (ausili su misura) è condizionata alla pubblicazione delle tariffe massime delle prestazioni, che sarà determinata con successivo provvedimento nazionale. In riferimento a tale articolo, la Regione Veneto ha stabilito che fino all'entrata in vigore del decreto di pubblicazione delle tariffe dei dispositivi su misura si farà riferimento all'elenco 1 del DM 332/1999.

Ragion per cui, solo per gli ausili riferiti all'elenco 1 del DPCM 12/01/2017 si fa riferimento alla seguente tabella:

| Dispositivi ortopedici (Elenco 1 del DM 332/99) | |
|---|---------|
| Plantari | |
| Calzature e rialzi: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • soggetti deambulanti con gravi difficoltà della marcia tali da comportare notevole usura | 12 mesi |
| <ul style="list-style-type: none"> • soggetti non deambulanti con gravi difficoltà ai piedi | 18 mesi |
| Tutori per arto inferiore | 2 anni |
| Apparecchi ortopedici per arto superiore | 3 anni |
| Ortesi spinali | 3 anni |
| Dispositivi addominali | 2 anni |
| Protesi estetica tradizionale o modulare arto superiore | 5 anni |
| Protesi estetica ad energia corporea di arto superiore | 5 anni |
| Protesi mioelettrica per arto superiore | 5 anni |
| Protesi tradizionale di coscia | 5 anni |
| Protesi modulare di coscia o disarticolazione di ginocchio a | 5 anni |
| Protesi tradizionale di gamba | 4 anni |
| Protesi modulare di gamba | 4 anni |
| Protesi di piede: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tradizionale (cuoio, ecc.) | 2 anni |
| <ul style="list-style-type: none"> • Laminata | 4 anni |
| Sistemi di postura (su misura) | 5 anni |
| Protesi oculari | |
| <ul style="list-style-type: none"> • In vetro | 2 anni |
| <ul style="list-style-type: none"> • In resina | 3 anni |
| Dispositivi ed ausili tecnici per non vedenti e ipovedenti | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivi ausili per la funzione visiva: lenti oftalmiche a contatto | 4 anni |
| <ul style="list-style-type: none"> • - Dispositivi ausili per la funzione visiva: sistemi ottici ed ottico-elettronici ingrandenti | 6 anni |

Smarrimento dei dispositivi

Non è prevista la fornitura di nuovi dispositivi nel caso di smarrimento se non dopo aver raggiunto, ove previsto, il tempo minimo di rinnovo degli stessi.

COMPATIBILITA' E INCOMPATIBILITA' PRESCRITTIVE PER I PRINCIPALI AUSILI

| | LETTO ORTOPEDICO CON SNODI | SPONDE DI CONTENIMENTO | MATERASSO ANTIDECUBITO | CARROZZINA A TELAIO RIGIDO, WC ESTRAIBILE MANOVRABILE DALL'ACCOMPAGNATORE | CARROZZINA PIEGHEVOLE | SOLLEVAPERSONE | MONTASCALE |
|----------------------------|----------------------------|--|---|--|---|---|--|
| LETTO ORTOPEDICO CON SNODI | | Permanentemente allettato; Rischio caduta | Permanentemente allettato Rischio caduta Rischio lesioni decubito | Almeno due alzate al giorno e necessità di facilitare l'evacuazione. | NON prescrivibile contemporaneamente | Prescrivibili contemporaneamente se necessità di alternare letto a carrozzina e difficoltà da parte del care giver nell'alzata o movimentazione | Prescrivibile contemporaneamente se necessità di cure mediche presso strutture sanitarie |
| SPONDE DI CONTENIMENTO | | | Prescrivibili contemporaneamente | Almeno due alzate al giorno e necessità di facilitazione dell'evacuazione e rischio caduta | Prescrivibili contemporaneamente | Come sopra | Prescrivibili contemporaneamente |
| MATERASSO ANTIDECUBITO | | | | Prescrivibili contemporaneamente | Prescrivibili contemporaneamente se rischio lesioni da decubito | Come sopra | Prescrivibile contemporaneamente se necessità di cure mediche presso strutture sanitarie |
| CARROZZINA A TELAIO RIGIDO | | | | | Prescrivibili contemporaneamente | Come sopra | Come sopra |
| CARROZZINA PIEGHEVOLE | | | | | | Come sopra | Come sopra |
| SOLLEVAPERSONE | | | | | | | Come sopra |
| MONTASCALE | | | | | | | |

Definizioni:

- Permanentemente allettato: nessuna alzata durante il giorno
- Rischio caduta: paziente scarsamente vigile e possibilità di caduta dal letto
- Rischio lesioni da decubito. Misurata con scala di Braden (almeno II stadio)

DISPOSITIVI MONOUSO: IL PERCORSO DI PRESCRIZIONE/AUTORIZZAZIONE/FORNITURA DI STOMIE, AUSILI PER INCONTINENZA AUSILI PER ASSORBENZA

| Responsabile | Modalità operative | Documenti |
|---|---|---|
| PRIMA AUTORIZZAZIONE | | |
| L'autorizzazione alla fornitura è rilasciata dall'azienda ULSS di residenza dell'assistito ed ha validità di 1 anno | | |
| PRESCRIZIONE | | |
| Medico specialista del SSN, dipendente o convenzionato, competente come specificato dalla DGRV 330/2019 | <p>La prescrizione del piano terapeutico dei dispositivi monouso è redatta da un medico specialista.</p> <p>Il medico specialista a seguito di una completa valutazione clinica e strumentale dell'assistito compila il modulo per la fornitura degli ausili monouso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - data di prescrizione; - dati anagrafici e residenza dell'assistito; - diagnosi dettagliata; - programma terapeutico di utilizzo del dispositivo comprendente il significato terapeutico e riabilitativo, le modalità, i limiti e la prevedibile durata di impiego dello stesso, le possibili contro indicazioni e le modalità di verifica del dispositivo in relazione all'andamento terapeutico; - descrizione dell'ausilio, COMPLETO DI CODICE IDENTIFICATIVO riportato nel nomenclatore vigente; - Per i prodotti in gara NOMINATIVO AZIENDA E CODICE PRODOTTO DA LISTINO. <p>Si precisa che nel caso dei prodotti per assorbenza dovrà essere compilato il questionario previsto dalla DGRV 90/2019 "Linee di indirizzo Regionale sugli ausili assorbenti"</p> <p>Ogni prescrizione/piano terapeutico deve riportare timbro e firma dello specialista prescrittore e chiara indicazione della struttura pubblica o convenzionata.</p> | Prescrizione programma terapeutico |
| Utenti Ambulatorio specialistico | <p>L'assistito, o un suo incaricato, consegna presso gli sportelli Ufficio di Assistenza Protesica (distretto Est e distretto Ovest) la prescrizione in originale, verbale d'invalidità (ove previsto e solo per prima prescrizione). Compilazione del modulo privacy se non già compilato ed eventuale compilazione di delega valida 1 anno.</p> <p>Per ausili in gara (Stomie, Pannoloni, Cateteri) è possibile che la prescrizione sia inviata direttamente dal prescrittore, con allegato il modulo privacy, a mezzo e-mail o posta interna.</p> | Prescrizione Verbale Privacy Certificato Invalidità |
| Operatore del l'ufficio protesi | L'operatore Ufficio verifica la completezza della compilazione della prescrizione e della restante modulistica con particolare attenzione alla presenza del codice identificativo del presidio, del codice prodotto e della quantità MAX prescrivibile mensilmente. Verifica, inoltre, la presenza del verbale d'invalidità, ove previsto e l'indicazione di almeno due numeri di telefono. | |
| Operatore del l'ufficio protesi | Per ogni assistito, se non presente, è aperta la scheda/fascicolo personale cartacea ed informatica. Entro 2 giorni lavorativi viene emessa l'autorizzazione rispettando la durata indicata nella prescrizione, MAX 1 anno e secondo le quantità prescritte (controllo | Fascicolo personale dell'utente. |

| Responsabile | Modalità operative | Documenti |
|---|---|---|
| | di verifica del rispetto della quantità MAX mese stabilita da nomenclatore). L'autorizzazione emessa è poi posta alla firma del medico autorizzatore. | Autorizzazione |
| Medico autorizzatore Operatore del l'ufficio protesi | La prescrizione e la relativa autorizzazione dovranno essere, firmate dal Medico autorizzatore e l'autorizzazione dovrà essere rilasciata entro massimo 4 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta allo sportello Ufficio Protesi. Al momento del rilascio dell'autorizzazione il medico verifica l'appropriatezza e la corrispondenza alle linee guida aziendali. Una volta firmata, copia dell'autorizzazione con modulo privacy sono inoltrati all'azienda aggiudicataria di gara indicata nella prescrizione. Nel caso di ausili per assorbenza l'autorizzazione è gestita informaticamente in modo condiviso con il personale dell'Azienda aggiudicataria di gara. <u>Particolare attenzione sarà posta ai fine settimana ed alle festività infrasettimanali che allungano i tempi di consegna.</u> | Email d'inoltro |
| RINNOVO L'autorizzazione è rinnovata annualmente. E' sempre necessaria una nuova <u>prescrizione</u> . | | |
| <i>Nel caso di patologie o condizioni di disabilità permanenti è possibile superare la nuova prescrizione con certificazione dello specialista sulla non modificabilità del bisogno. La certificazione è archiviata nella cartella personale. La certificazione dello specialista dovrà riportare la stabilità nell'uso di determinanti ausili monouso con il relativo codice e la quantità. In questo caso, per il rinnovo annuale sarà sufficiente la prescrizione del medico di medicina generale.</i> | | |
| Operatore dell'ufficio protesi | Presenza visione attraverso stampa dall'applicativo protesica delle autorizzazioni in scadenza. Stampa delle autorizzazioni in scadenza ed inserimento in un raccoglitore scadenziario. L'emissione dell'autorizzazione dei rinnovi tiene conto della data di arrivo della prescrizione. Si possono riscontrare due casi e altrettante procedure: 1. PRIMO CASO: la prescrizione di rinnovo arriva con largo anticipo rispetto alla data di scadenza della precedente autorizzazione. In tal caso: a. inserimento della prescrizione nel raccoglitore scadenziario; b. contatto dell'utente e verifica della quantità di materiale ancora disponibile (nel caso di ampia disponibilità si posticipa l'emissione dell'autorizzazione tarandola sulla quantità di materiale disponibile); c. predisposizione della nuova autorizzazione; d. firma del del medico autorizzatore almeno una settimana prima della scadenza; e. invio via email della nuova autorizzazione all'azienda indicata nella prescrizione MAX 2/3 giorni prima della data di inizio della nuova autorizzazione. (<u>Porre particolare attenzione ai fine settimana ed alle festività infrasettimanali che allungano i tempi di consegna</u>); 2. SECONDO CASO: le prescrizioni di rinnovo giungono in prossimità della data di scadenza o dopo la scadenza della precedente autorizzazione: | Prescrizione Autorizzazione E-mail di inoltro |

| Responsabile | Modalità operative | Documenti |
|--|--|--------------|
| | <p>a. Prescrizione giunte in prossimità della data di scadenza dell'autorizzazione: vanno processate subito seguendo per quanto possibile l'iter sopra descritto (<u>Porre attenzione ai fine settimana ed alle festività infrasettimanali</u>),</p> <p>Prescrizione giunte dopo la data di scadenza dell'autorizzazione: vanno processate subito.</p> | |
| FORNITURA | | |
| Azienda di gara Farmacia Sanitaria | <p>La fornitura avviene, di norma, al domicilio del paziente previo contatto da parte della Ditta fornitrice per concordare tempi e modalità di consegna.</p> <p>Per le forniture non di gara l'utente, con copia dell'autorizzazione firmata, si rivolge alla farmacia o sanitaria di fiducia.</p> | |
| PROBLEMATICHE | | |
| Utente | Nell'eventualità d'insorgenza di problematiche relative a ritardi nelle consegne, consegna di materiale non conforme o di confezioni aperte, non sterili, ecc.... l'utente è tenuto a farne segnalazione telefonica o per email.. | Segnalazione |
| Utente | La segnalazione di primo livello va fatta ai numeri verdi o alle email dei servizi clienti delle aziende coinvolte nella distribuzione; la segnalazione di secondo livello va inoltrata al Ufficio Assistenza protesica di riferimento che si attiverà per risolvere la problematica. | |

Fac-simile Modulo prescrizione stomie



Timbro Centro Prescrittore

MODULO PRESCRIZIONE AUSILI PER STOMIA

ASSISTITO: _____ C.F.: _____

nato il ___/___/_____, Indirizzo di residenza: _____

AULSS/Regione _____, Medico Curante: _____

| | | | |
|----------------------------|---|---|--|
| DIAGNOSI: | | | |
| Stomia: | <input type="checkbox"/> Temporanea (durata max 6 mesi) | <input type="checkbox"/> Definitiva (durata max 1 anno) | |
| Tipo Stomia: | <input type="checkbox"/> Ileostomia | <input type="checkbox"/> Colostomia | <input type="checkbox"/> Urostomia |
| Tipo Stoma: | <input type="checkbox"/> Introflesso | | <input type="checkbox"/> Estroflesso |
| Prescrizione: | <input type="checkbox"/> Prima Prescrizione | <input type="checkbox"/> Rinnovo/Variazione | <input type="checkbox"/> Maggiorazione 50% intervento in data ___/___/____ |
| Durata prescrizione | Mesi: _____ | | |

| NOTA - Le quantità massime erogabili sono da intendersi per ogni stomia e sono incrementabili, a giudizio dello specialista prescrittore, fino al 50% nel periodo iniziale di assistenza ed addestramento all'uso di durata non superiore a 6 mesi. | | | | | | | | | |
|--|-------------------|----|----|----|----|---|----------------------|-----------------------------|---------------------|
| 9.18.04 | Fornitore* | | | | | sacche per stomia, a un pezzo, a fondo chiuso | q.tà max mese | q.tà prescritta mese | Cod Prodotto |
| 09.18.04.003 | BR | CL | CN | HL | TL | sacca per colostomia a fondo chiuso | 60 | | |
| 09.18.04.006 | BR | CL | CN | HL | TL | sacca per colostomia a fondo chiuso per stomi introflessi (stoma a filo, retratto, situato in una piega cutanea o in una cicatrice) | 60 | | |
| 9.18.05 | Fornitore* | | | | | sacche per stomia, a più pezzi, a fondo chiuso | q.tà max mese | q.tà prescritta mese | Cod Prodotto |
| 09.18.05.003 | BR | CL | CN | HL | TL | sistema per colostomia (placca adesiva con flangia + sacche a fondo chiuso) | 20+60 | | |
| 09.18.05.006 | BR | CL | CN | HL | TL | sistema per colostomia (placca adesiva con flangia a convessità integrale per stomi introflessi (stoma a filo, retratto o situato in una piega cutanea e/o in una cicatrice + sacca a fondo chiuso) | 20+60 | | |
| 9.18.07 | Fornitore* | | | | | sacche per stomia, a un pezzo, a fondo aperto con valvola anti-reflusso | q.tà max mese | q.tà prescritta mese | Cod Prodotto |
| 09.18.07.003 | BR | CL | CN | HL | TL | sacca per ileostomia a fondo aperto | 90 | | |
| 09.18.07.006 | BR | CL | CN | HL | TL | sacca per urostomia a fondo aperto | 30 | | |
| 09.18.07.009 | BR | CL | CN | HL | TL | sacca per ileostomie introflesse (stoma a filo, retratto o situato in una piega cutanea e/o in una cicatrice) a fondo aperto | 90 | | |
| 09.18.07.012 | BR | CL | CN | HL | TL | sacca per urostomie introflesse (stoma a filo, retratto o situato in una piega cutanea e/o in una cicatrice) a fondo aperto | 30 | | |
| 9.18.08 | Fornitore° | | | | | sacche per stomia, a più pezzi, a fondo aperto con valvola anti-reflusso | q.tà max mese | q.tà prescritta mese | Cod Prodotto |
| 09.18.08.003 | BR | CL | CN | HL | TL | sistema per ileostomia (placca adesiva con flangia + sacche a fondo aperto) | 20+90 | | |
| 09.18.08.006 | BR | CL | CN | HL | TL | sistema per urostomia (placca adesiva con flangia + sacche a fondo aperto) | 20+30 | | |
| 09.18.08.009 | BR | CL | CN | HL | TL | sistema per ileostomie introflesse (stoma a filo, retratto o situato in una piega cutanea e/o in una cicatrice) + sacche a fondo aperto | 20+90 | | |
| 09.18.08.012 | BR | CL | CN | HL | TL | sistema per urostomie introflesse (stoma a filo, retratto o situato in una piega cutanea e/o in una cicatrice) + sacche a fondo aperto | 20+30 | | |

*Crocettare (X) la casella cod. fornitore desiderato (vedi legenda in calce).
Le caselle ombreggiate corrispondono ad ausili non in gara.

MOD STOMIE
N. 2 - 04/12/18

| 9.18.24 | Fornitore* | | | | | ausili per l'irrigazione dell'intestino | q.tà max mese | q.tà prescritta mese | Cod. Prodotto |
|--|------------|----|----|----|----|--|---------------|----------------------|---------------|
| <i>NOTA - La quantità erogabile di tali ausili deve essere esplicitamente indicata nella prescrizione dello specialista prima di procedere all'acquisto.</i> | | | | | | | | | |
| 09.18.24.003 | BR | CL | CN | HL | TL | sistema di irrigazione completo: composto da: borsa graduata per l'acqua, cono anatomico e cannula, sistema di regolazione del flusso con o senza visualizzazione del volume, cintura di fissaggio con o senza placca e sacche di scarico | | | |
| 09.18.24.006 | BR | CL | CN | HL | TL | irrigatore semplice: composto da: borsa graduata per l'acqua, cono anatomico e cannula, sistema di regolazione del flusso con o senza visualizzazione del volume | | | |
| 09.18.24.009 | BR | CL | CN | HL | TL | sacche di scarico trasparenti a fondo aperto per irrigazione, con barriera autoportante o adesivo o flangia | | | |
| 09.18.24.012 | BR | CL | | | | tappo ad espansione o post irrigazione non ad espansione, con filtro incorporato | | | |
| 09.18.24.015 | BR | CL | CN | HL | TL | mini sacca post-irrigazione con barriera autoportante, filtro incorporato e lato interno in TNT assorbente | | | |
| <i>NOTA - La prescrizione del sistema di irrigazione completo è alternativa alla prescrizione combinata dell'irrigatore e delle sacche di scarico. La prescrizione del materiale per irrigazione e l'indicazione della relativa frequenza rimodulano il quantitativo massimo concedibile di ausili per stomia. Le quantità del tappo ad espansione sono correlate alle specifiche condizioni della persona riportate dalla prescrizione così come quelle delle mini sacche post irrigazione.</i> | | | | | | | | | |
| 9.18.30 | Fornitore* | | | | | protettori dello stoma e cute peristomale | q.tà max mese | q.tà prescritta mese | Cod. Prodotto |
| 09.18.30.003 | BR | CL | CN | HL | TL | pasta o pomata protettiva, ad azione emolliente e/o eudermica | | | |
| 09.18.30.006 | BR | CL | CN | HL | TL | polvere protettiva per zone peristomali | | | |
| 09.18.30.009 | BR | CL | CN | HL | TL | salviettine per detersione: rilasciano una pellicola protettiva per le zone peristomali consentendone una adeguata detersione (la pellicola [o film] da applicare sulla pelle può anche essere rilasciata da un contenitore spray che la contiene) | | | |
| 09.18.30.012 | BR | CL | CN | HL | TL | pasta solidificata: può presentarsi in forme differenti, è ritagliabile per realizzare un'azione livellatrice e/o riempitiva sull'addome degli assistiti che presentano una superficie peristomale irregolare. NOTA: da prescriversi esclusivamente in questi casi. | | | |

Data: ___/___/_____

Medico specialista in: Chirurgia Generale; Urologia_____
(Timbro e firma)Legenda codici fornitori

- BR: B.BRAUN MILANO SpA
- CL: COLOPLAST SpA
- CN: CONVATECH ITALIA Srl
- HL: HOLLISTER SpA
- TL: TELEFLEX MEDICAL Srl

Normativa di riferimento

- DPCM 12 gennaio 2017: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza".
- L.R. 34/2003: "Norme in favore dei soggetti stomizzati della Regione Veneto".
- DDR 210 del 13 Dicembre 2017: "Gara di appalto per la fornitura di stomie. Aggiudicazione".
- Decreto Dir. Gen. Area Sanità e Sociale n. 86 del 09 Luglio 2018

*Crocettare (X) la casella cod. fornitore desiderato (vedi legenda in calce).
Le caselle ombreggiate corrispondono ad ausili non in gara.

MOD STOMIE
N. 2 - 04/12/18