

SINTESI PERCORSO ORGANIZZATIVO
EROGAZIONE DI: PROTESI, ORTESI, AUSILI TECNICI, PRODOTTI DIETETICI.
NELLA ASL 6 DI SANLURI



Il presente documento è stato elaborato facendo particolare riferimento alle linee di indirizzo regionali sull'applicazione del DM 332/99 in materia di assistenza protesica

INDICE

PRESENTAZIONE DEL PERCORSO	3
RAGIONAMENTO ORGANIZZATIVO	5
NOTE INTEGRATIVE DA MANUALE ASL 6 ASSISTENZA INTEGRATIVA E PROTESICA	12
MODULISTICA.....	14
MODELLO DICHIARAZIONE DI INFORMATIVA	14
MODELLO DI AUTORIZZAZIONE	15
MODELLO DOMANDA E AUTOCERTICAZIONE.....	17
MODELLO DI PRESCRIZIONE PER IL MMG E PLS	19
MODELLO PRESCRIZIONE SPECIALISTICA.....	22
MODELLO PRESCRIZIONE SPECIALISTICA - OSPEDALE.....	25
MODELLO ACCREDITAMENTO INVALIDA'	28
MODELLO DELEGA	29
MODELLO RICHIESTA FORNITURA	30
MODELLO DOMANDA DEL FORNITORE.....	31
NOTE NORMATIVE	33
NOTE BIBLIOGRAFICHE	34

BREVI NOTE ESPLICATIVE AL PERCORSO

PRESENTAZIONE DEL PERCORSO

Definizione del Percorso

L'Assistenza Protesica, erogabile a carico del SSN e prevista dai Livelli Essenziali di Assistenza, è attualmente disciplinata dal D.M. 332/99, avente ad oggetto "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN: modalità di erogazione e tariffe", che ha sostituito totalmente il precedente DM 30 Luglio 1991.

Nonostante il DM 332/99 dovesse avere efficacia fino alla data del 31.12.2001, lo stesso, fatte salve le modifiche apportate dal successivo DM 321/2001 (che peraltro ha integrato solo alcuni punti), deve intendersi ancora in vigore a tutti gli effetti non essendo stato sostituito.

L'attività in questione è indirizzata a soddisfare il bisogno delle seguenti categorie di persone:

- Invalidi Civili, Invalidi di guerra, per servizio, ciechi e sordomuti, che abbiano ottenuto il riconoscimento di un'invalidità permanente (correlata al presidio richiesto), con una riduzione della capacità lavorativa superiore ad 1/3).
- Minori di Anni 18, che necessitano di interventi di prevenzione, di cura o di riabilitazione per invalidità permanente

Per i minori di anni 18 non è richiesto il requisito del riconoscimento dell'invalidità, fermo restando che il dispositivo prescritto deve avere la finalità di prevenire, curare o riabilitare una menomazione o disabilità permanenti.

Soggetti già riconosciuti invalidi che richiedono prestazioni di assistenza protesica non correlate alle minorazioni invalidanti riconosciute, si distinguono due ipotesi:

- Soggetti con un'invalidità superiore al 33% e fino al 100%, senza indennità di accompagnamento riconosciuta. In questa fattispecie hanno diritto sia coloro per i quali la patologia è contemplata nel verbale di invalidità civile, sia coloro per i quali pur non essendo contemplato quanto sopra, hanno presentato domanda per un nuovo accertamento dello stato invalidante e nella prescrizione specialistica sia riportata una percentuale superiore al 33%, correlata alla nuova patologia per cui si richiede la fornitura di assistenza protesica. Gli uffici preposti all'erogazione dell'assistenza protesica dovranno acquisire copia della domanda di nuovo accertamento.
- Soggetti con indennità di accompagnamento riconosciuta: si procederà all'autorizzazione del presidio richiesto alla sola condizione che lo specialista competente indichi che la percentuale d'invalidità correlata alla patologia per cui si richiede la fornitura di assistenza protesica sia superiore al 33%. L'assistito non deve presentare domanda di nuovo accertamento.

Istanti in attesa di accertamento, vale a dire i richiedenti che avendo presentato domanda di accertamento dell'invalidità civile, non siano stati ancora sottoposti a visita da parte della

commissione medica della ASL. Lo specialista nella prescrizione deve indicare che sussistano le condizioni di cui all'art. 1 della legge n° 18/80.

Istanti in attesa di riconoscimento, rientrano i soggetti già sottoposti a visita da parte della commissione Medica dell'A.S.L., con accertamento di invalidità superiore al 33%, ma non ancora in possesso del provvedimento definitivo, previa acquisizione di certificazione rilasciata dall'ufficio invalidi civili. L'autorizzazione non sarà concessa se la percentuale di invalidità è inferiore o uguale al 33% e connessa alla patologia per cui viene richiesta l'assistenza protesica.

Attori coinvolti nel percorso

- Medico medicina generale – MMG
- Specialista
- Ufficio assistenza protesica, ASL 6
- Fornitori
- Pazienti

Obiettivi principali del percorso

- Standardizzazione – formalizzazione del percorso
- Trasparenza – comunicazione del percorso
- Individuazione delle criticità del percorso attuale

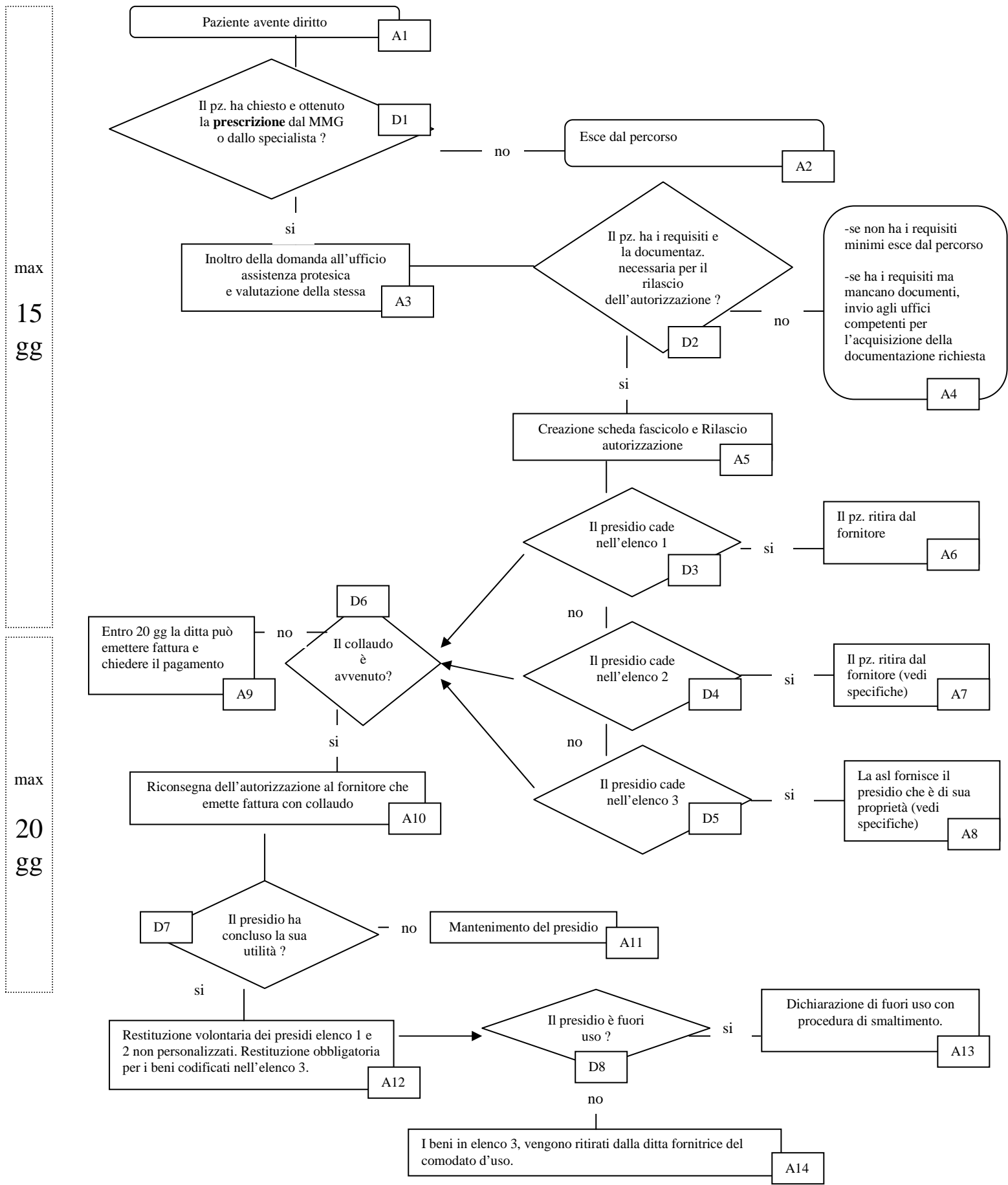
Indicatori di percorso

- condivisione del percorso e delle procedure da parte degli attori coinvolti nel processo
- pubblicazione del percorso sul sito web
- numero delle criticità rilevate

Gruppo di lavoro – Programmazione percorso

- Dr.ssa Annaclara Melis – Resp.le Distretto di Sanluri
- Dr. Maurizio Locci - Resp.le Sviluppo organizzativo e sistema informativo
- Dr. Paolo Cannas - Resp.le Servizio Programmazione e Controllo
- Dr.ssa Cinzia Porceddu - Sociologa collaboratrice servizio Programmazione e controllo
- Sign.a Matilde Pani - Coordinatore attività amministrative distretto sociosanitario di Sanluri

Supervisione del Direttore sanitario Dr.ssa Donatella Mudu e del Direttore amministrativo Dr. Massimo Temussi

RAGIONAMENTO ORGANIZZATIVO

 max
15
gg

 max
20
gg

Legenda percorso organizzativo

A1 – pazienti aventi diritto

Invalidi Civili, Invalidi di guerra, per servizio, ciechi e sordomuti, che abbiano ottenuto il riconoscimento di un'invalidità permanente (correlata al presidio richiesto), con una riduzione della capacità lavorativa superiore ad 1/3).

Minori di Anni 18, che necessitano di interventi di prevenzione, di cura o di riabilitazione per invalidità permanente

Soggetti già riconosciuti invalidi che richiedono prestazioni di assistenza protesica non correlate alle minorazioni invalidanti riconosciute, si distinguono due ipotesi:

- Soggetti con un'invalidità superiore al 33% e fino al 100%, senza indennità di accompagnamento riconosciuta: si procederà all'autorizzazione temporanea del dispositivo richiesto a condizione che l'invalido abbia inoltrato domanda per un nuovo accertamento dello stato invalidante e nella prescrizione specialistica venga riportata una percentuale superiore al 33%, correlata alla nuova patologia per cui si richiede la fornitura di assistenza protesica. Gli uffici preposti all'erogazione dell'assistenza protesica dovranno acquisire copia della domanda di nuovo accertamento.
- Soggetti con invalidità al 100% e indennità di accompagnamento riconosciuta: si procederà all'autorizzazione del presidio richiesto alla sola condizione che lo specialista competente indichi che la percentuale d'invalidità correlata alla patologia per cui si richiede la fornitura di assistenza protesica sia superiore al 33%. L'assistito non deve presentare domanda di nuovo accertamento.

Istanti in attesa di accertamento, vale a dire i richiedenti che avendo presentato domanda di accertamento dell'invalidità civile, non siano stati ancora sottoposti a visita. Lo specialista nella prescrizione deve indicare che sussistono le condizioni di cui all'art. 1 Legge n° 18/80.

Istanti in attesa di riconoscimento, rientrano i soggetti già sottoposti a visita da parte della commissione Medica dell'A.S.L., ma non ancora in possesso del provvedimento definitivo. Il presidio richiesto è concesso previa acquisizione di certificazione rilasciata dall'ufficio invalidi civili attestante la percentuale d'invalidità uguale o superiore al 33% relativamente alla patologia correlata al presidio protesico richiesto.

D1 – il paziente ha chiesto e ottenuto la prescrizione dal medico medicina generale o dallo specialista?

La prescrizione deve essere effettuata da parte di un medico specialista e redatta utilizzando il modulo di cui all' allegato 1 delle linee guida regionali sull'applicazione del D.M. 332/99 in materia di assistenza protesica.

Lo specialista prescrittore deve essere competente per tipologia di menomazione o disabilità; non sono, pertanto, ammesse prescrizioni da parte di specialisti di branca non attinente alla disabilità per la quale è richiesto il presidio.

E' fatto salvo quanto previsto dall'art. 2 comma e) del DM 332/99 che dà la possibilità agli specialisti operanti in strutture di ricovero pubbliche o accreditate di prescrivere protesi, ortesi o ausili in favore dei pazienti ricoverati, a condizione che il responsabile dell'unità operativa di specifica competenza certifichi la necessità e l'urgenza del dispositivo prima della dimissione (allegato 1A delle linee guida regionali sull'applicazione del DM 332/99 in materia di assistenza protesica).

La prescrizione può essere effettuata anche dal MMG (che provvederà alla compilazione anche dell' allegato 1b delle linee guida regionali sull'applicazione del dm 332/99 in materia di assistenza

protesica) nel caso di pazienti allettati o terminali o assistiti in ADI o ADP limitatamente ai seguenti dispositivi:

- Ausili assorbenti l'urina (codice 09.30)
- Cateteri vescicali a permanenza ed esterni (cod.09.24)
- Raccoglitori per urina (cod.09.27)
- Traverse salvamaterasso rimboccabili e non rimboccabili (cod. 18.12.15.003/006)
- Letti ortopedico ad una o due manovelle (cod 18.12.07.003/006)
- Sponde per letto (cod.18.12)
- Materassi antidecubito ad aria o in espanso (cod. 03.33.06.003/018)
- Aggiuntivi per letti cod. 12.30.09.103

L'Azienda USL è tenuta a disporre controlli domiciliari sulla congruità delle richieste dei MMG.

E' consentita, inoltre, la prescrizione da parte del diabetologo, su ricetta SSN (con compilazione dell'allegato 1 delle linee guida regionali sull'applicazione del dm 332/99 in materia di assistenza protesica) di plantari predisposti o modellati nel caso in cui il paziente diabetico presenti un alterato appoggio conseguente a manifestazioni ulcerose o preulcerose di natura neuroischemica (grado 0, 1° e 2° della classificazione di Wagner). E' inoltre consentita al diabetologo la prescrizione di calzature di serie e su misura nei casi di lesioni più gravi del piede diabetico (3°-4° e 5° grado della classificazione di Wagner). Lo specialista diabetologo deve indicare nell' allegato 1 di richiesta ortesi, il grado di lesione del piede diabetico secondo la classificazione di Wagner; in difetto la richiesta non potrà avere seguito alcuno.

A2 – esce dal percorso

Il pz. che non ha ottenuto la prescrizione non può inoltrare domanda all'ufficio competente della ASL.

A3 – inoltro della domanda all'ufficio assistenza protesica e valutazione della stessa

I pazienti portatori di una menomazione e/o disabilità devono inoltrare domanda all'Ufficio Assistenza Protesica del Distretto di residenza, che valuterà la domanda per poi continuare la procedura.

La domanda redatta su modulistica a disposizione presso la ASL sarà corredata da:

- Copia del Verbale di Invalidità Civile o Copia della Domanda di accertamento della medesima invalidità inoltrata alla ASL.
- Certificazione Medico Specialistica attestante la patologia da cui è affetto l'assistito, la valutazione della disabilità e il programma riabilitativo di cui all'Allegato 1 o Allegato 1A o Allegato 1B.
- Prescrizione da parte dello specialista, su ricetta SSN a lettura ottica ai fini del monitoraggio della spesa sanitaria.

D2 – il pz. ha la documentazione necessaria per il rilascio dell'autorizzazione ?

- Copia del Verbale di Invalidità Civile o Copia della Domanda di accertamento della medesima invalidità inoltrata alla ASL.
- Certificazione Medico Specialistica attestante la patologia da cui è affetto l'assistito, la valutazione della disabilità e il programma riabilitativo di cui all'Allegato 1 o Allegato 1A o Allegato 1B.
- Prescrizione da parte dello specialista, su ricetta SSN a lettura ottica ai fini del monitoraggio della spesa sanitaria.

A4 – rinvio agli uffici di competenza (se non ha la documentazione necessaria)

Se l'utente non è in possesso di tutti i requisiti richiesti l'autorizzazione non può essere rilasciata pertanto l'utente dovrà provvedere attraverso il MMG o lo specialista a regolarizzare la sua posizione.

A5 – creazione scheda dell'assistito e rilascio autorizzazione

L'autorizzazione viene rilasciata dall'Azienda di residenza dell'assistito. Qualora l'assistito sia momentaneamente domiciliato presso altra ASL questa rilascerà l'autorizzazione previa acquisizione del nulla osta da parte della Azienda USL di residenza per l'addebito diretto della fornitura a quest'ultima.

La ASL apre (su supporto cartaceo) e mantiene aggiornata un'apposita scheda fascicolo nella quale devono essere inserite, oltre alla documentazione probante la condizione di avente diritto, tutte le prestazioni protesiche erogate al medesimo assistito con relative motivazioni e date delle forniture. Unitamente su supporto informatico vengono registrate tutte le autorizzazioni. L'organizzazione e la gestione complessiva di tale scheda fascicolo dovrà essere effettuata su supporto informatico al fine di creare un'unica banca dati aziendale sull'assistenza protesica. Tale banca dati dovrà, inoltre, essere interfacciabile sia con la banca dati dell'anagrafe assistiti e con altre banche dati in possesso dell'Azienda USL, al fine anche di progressiva informatizzazione regionale delle procedure inerenti la materia.

Le eventuali ulteriori richieste, inoltrate dall'assistito dovranno essere inserite sempre nello stesso fascicolo. Qualora l'assistito avesse smarrito il certificato d'invalidità o la copia della domanda, sarà cura dell'operatore dell'ufficio, richiedere copia all'Ufficio Invalidi Civili del Distretto.

L'autorizzazione viene rilasciata entro 4 gg anche se le linee guida regionali ne prevedono 15.

D3 – il presidio ricade nell'elenco 1 del DM 332/99?

Elenco 1 - Nomenclatore tariffario delle prestazioni sanitarie protesiche

Premessa

Tavola di corrispondenza fra sistemi di classificazione

Requisiti per le prestazioni sanitarie protesiche incluse nell'Elenco n. 1 secondo le norme tecniche ISO e CEN

Metodologia per la costruzione e applicazione delle prestazioni sanitarie protesiche ortopediche riportate nell'Elenco n. 1

Ausili per la terapia dell'ernia (ausili addominali)

Ortesi spinali

Apparecchi ortopedici per arto superiore

Apparecchi ortopedici per arto inferiore

Protesi di arto superiore
Protesi di arto inferiore
Calzature ortopediche
Ausili per la mobilità e la posizione seduta
Ausili per la terapia ed addestramento
Tricicli a pedale
Carrozine ad autospinta
Veicoli
Ausili per la posizione seduta
Presidi-ausili per la funzione visiva cosmetica. Protési oculari
Ausili per l'udito

D4 – il presidio ricade nell'elenco 2 DM 332/99 ?

Elenco n. 2 - Nomenclatore degli ausili tecnici di serie

Premessa
Tavola di corrispondenza fra sistemi di classificazione
Ausili per la cura e protezione personale
Ausili per la mobilità personale
Biciclette
Carrozine
Veicoli
Ausili per il sollevamento (sollevapersone)
Ausili per la posizione seduta
Norme tecniche
Protesi per laringectomizzati
Vestiti e calzature
Ausili per la cura e la protezione personale
Protesi non di arto
Ausili antidecubito
Ausili per le stomie
Ausili per la prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee
Cateteri vescicali ed esterni
Raccoglitori di urina
Ausili assorbenti l'urina
Termometri. Orologi
Ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio
Letti
Ausili ottici elettronici
Periferiche input e output e accessori
Macchine da scrivere e sistemi di elaborazione testi
Telefoni e ausili per telefonare
Sistemi di trasmissione del suono
Ausili per la comunicazione interpersonale

D5 – il presidio ricade nell'elenco 3 ?

Elenco n. 3 - Nomenclatore degli apparecchi acquistati direttamente dalle aziende USL e da assegnarsi in uso agli invalidi

Premessa
Tavola di corrispondenza fra sistemi di classificazione
Ausili per la terapia respiratoria
Ausili per iniezione
Ausili per mangiare e bere
Apparecchiature di sollevamento (montascale)

A6 – A7 il paziente ritira dal fornitore - Fornitura presidi elenco 1 - 2

Al momento, nella ASL 6, solo i pazienti che richiedono ausili per l'incontinenza possono beneficiare, qualora aderiscano alla fornitura tramite ditta aggiudicataria, della consegna a domicilio.

Per tutte le altre tipologie di presidi il paziente dovrà inoltrare l'autorizzazione rilasciata dalla ASL presso uno dei fornitori inclusi nell'elenco nazionale dei fornitori dei presidi iscritti presso il Ministero della salute.

La fornitura dei dispositivi deve essere effettuata non oltre i termini massimi, specifici per categoria di dispositivo, indicati nell'allegato 2 al DM 332/99, fatta salva la fornitura di dispositivi urgenti in favore di assistiti ricoverati in strutture ospedaliere la cui consegna deve avvenire in tempi inferiori rispetto a quelli massimi indicati e compatibili con l'attivazione tempestiva del Progetto riabilitativo.

L'autorizzazione viene presentata dal paziente presso un fornitore autorizzato.

A8 – la ASL fornisce il presidio - Fornitura presidi elenco 3

Gli ausili inclusi nell'elenco 3, essendo acquistati direttamente dalla ASL e assegnati in uso agli invalidi, vengono restituiti in caso di non utilizzo, sanificati e certificati dalle ditte fornitrici del servizio.

D 6 –Il collaudo è avvenuto?

Il collaudo consiste nella verifica della congruità clinica e della rispondenza del dispositivo ai termini dell'autorizzazione.

Qualora l'assistito, senza giustificato motivo, non si presenti per il collaudo, il costo della fornitura rimarrà a suo totale carico. In tal caso l'Azienda USL pagherà al fornitore il costo del dispositivo e chiederà contestualmente all'assistito inadempiente la ripetizione dell'importo pagato. In ogni caso nella scheda fascicolo dell'assistito dovrà essere riportata apposita menzione del mancato collaudo per fatto imputabile all'assistito, della quale si dovrà tenere conto in occasione di ulteriori richieste di assistenza protesica.

Il collaudo dei dispositivi erogati ad assistiti non deambulanti è effettuato presso il domicilio o la struttura di ricovero. Per prodotti monouso non è previsto nessun collaudo.

A9 – entro 20 giorni la ditta può emettere fattura

Se il collaudo non avviene entro 20 gg dalla rispettiva fornitura la ditta fornitrice può emettere fattura per il pagamento.

A10 - riconsegna dell' autorizzazione al fornitore

Entro venti giorni dall'avvenuta fornitura, l'assistito dovrà presentarsi per il collaudo presso chi ha prescritto il presidio (MMG, Medico Specialista) consegnando il visto di avvenuto collaudo alla ditta fornitrice per l'emissione della fattura.

D7 – il presidio ha concluso la sua utilità ?

Il presidio ha concluso la sua utilità per

- Morte
- Fine terapia

A11 – mantenimento del presidio

I dispositivi protesici di cui all'elenco 1 e 2 si intendono ceduti in proprietà all'assistito.

A12 - Restituzione dei dispositivi

In alcuni casi il pz., di sua iniziativa, riporta i presidi di cui in elenco 1 e 2 alla ASL. Invece per i dispositivi in elenco 3 il bene deve essere riconsegnato per il riutilizzo.

D 8 – il presidio è fuori uso

Se il presidio è inutilizzabile deve essere redatta una certificazione di fuori uso per la successiva dismissione.

A13 – dichiarazione fuori uso e procedure di smaltimento

L'azienda provvede periodicamente ad effettuare un elenco del fuori uso presente in magazzino per la dismissione degli stessi

A14 – ritiro beni in elenco 3

I beni resi di cui all'elenco 3 (esempio, respiratori) vengono sanificati e ricertificati da ditte specializzate. Il Servizio Farmaceutico gestisce il carico e lo scarico dei suddetti presidi su supporto informatico. I beni dell'elenco 1 e 2, qualora resi dall'utente, sono tenuti in luogo apposito. Essendo anti economico la sanificazione di questa tipologia di beni, gli stessi vengono riutilizzati solo in rari casi.

NOTE INTEGRATIVE DA MANUALE ASL 6 ASSISTENZA INTEGRATIVA E PROTESICA

Tempi minimi di rinnovo per Protesi, Ortesi e Ausili per la Deambulazione.

L'A.S.L. non autorizza la fornitura di nuovi dispositivi protesici, in favore dei propri assistiti di età superiore ai 18 anni prima che sia trascorso il tempo minimo di rinnovo, specifico per tipo di dispositivo, previsto dal D.M. 332/99.

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

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

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

Per i dispositivi forniti agli assistiti di età inferiore ai 18 anni, non si applicano i tempi minimi di rinnovo in quanto l'età evolutiva (accrescimento), rende necessaria la sostituzione o la modificazione dell'ausilio con cadenza variabile da soggetto a soggetto. Per richieste di rinnovo indipendenti dall'età evolutiva del minore si applicano le limitazioni previste per i maggiorenni.

Autorizzazione Ausili per l'incontinenza

Il Medico Specialista o il MMG prescrivono il quantitativo e la tipologia degli ausili, con indicazione della diagnosi di incontinenza specificandone tipologia e grado.

La prescrizione deve essere redatta, per un periodo non superiore ad un anno.

L'assistito o un suo familiare inoltrano la richiesta, con allegata la documentazione prevista, all'ufficio preposto.

Vi sono due modalità di consegna degli ausili:

- Gli ausili possono essere consegnati a domicilio dalla Ditta appaltatrice.
- Gli ausili possono essere ritirati presso una farmacia di fiducia nell'ambito regionale.

L'assistito deve comunicare per iscritto al momento della presentazione della richiesta, l'adesione a una delle due possibilità di ritiro degli ausili.

L'Ufficio procede successivamente al rilascio dell'autorizzazione, che sarà consegnata all'assistito o a un suo delegato.

Prodotti Dietetici: Morbo Celiaco

Possono usufruire dell'assistenza dietetica, i pazienti affetti da patologie rare ai sensi del D.M. n. 279//2001.

Sono autorizzati alla certificazione del regime dietetico i Centri di riferimento Regionali specialistici autorizzati alla diagnosi e cura delle malattie rare.

Sono prescrivibili gli alimenti compresi nella categoria “Alimenti destinati a fini medici Specialistici” del Registro Nazionale (Assistenza Sanitaria Integrativa relativa ai prodotti destinati ad una alimentazione particolare), predisposto dal Ministero della Salute ai sensi dell’art. 7 del D.M. 8/6/2001 e aggiornato periodicamente.

Per quanto riguarda gli alimenti generici o complementari (pasta, pane, biscotti etc), sarà sufficiente che lo specialista prescriva l’alimento e il fabbisogno mensile, senza indicare la ditta produttrice e la tipologia. La richiesta ha validità annuale.

In base alla richiesta dello specialista, l’ufficio preposto, rilascerà l’autorizzazione mensile con l’indicazione delle Kcal riferite agli alimenti di tipo salato e agli alimenti di tipo dolce. L’autorizzazione sarà presentata dall’assistito presso una farmacia del territorio regionale, che provvederà alla consegna dei prodotti.

Prodotti proteici per Nefropatici

La prescrizione deve essere redatta dal Nefrologo dell’Unità di Nefrologia di riferimento su apposito allegato. L’unità operativa assistenza integrativa provvederà ad autorizzare l’erogazione ed invierà al Servizio Farmaceutico Distrettuale.

Il Servizio farmaceutico provvede alla distribuzione diretta dei prodotti alimentari.

Ossigenoterapia a lungo termine

Direttiva Regionale 29233/II/5: Assistenza sanitaria mediante ossigenoterapia a lungo termine.

Indicazioni cliniche:

- Malattia cronica ostruttiva del polmone
- Fibrosi e granulomatosi polmonari
- Mucoviscidosi
- Sindrome da ipoventilazione centrale
- Deformazione della parete toracica
- Cuore polmonare post pneumonectomia

Indicazioni strumentali

- Emogasanalisi arteriosa con documentata Ipossiemia.

La prescrizione deve essere redatta da Medico Pneumologo su apposita scheda sanitaria.

L’unità operativa assistenza integrativa provvederà al rilascio dell’autorizzazione e alla trasmissione della stessa al Servizio Farmaceutico Distrettuale, che provvederà all’erogazione di apparecchiature e materiali accessori necessari all’erogazione dell’ossigeno, attraverso ditta preposta, direttamente a domicilio del paziente.

Cure termali

I pazienti accedono presso il centro termale accreditato, dietro presentazione di richiesta redatta dal Medico di Medicina Generale su ricettario S.S.N..

MODULISTICA**MODELLO DICHIARAZIONE DI INFORMATIVA****Servizio Sanitario - Regione Sardegna****Azienda U.S.L. N. ___ di _____***ALLEGATO 3*

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA DICHIARAZIONE DI INFORMATIVA
--

Il sottoscritto :**NOME _____ COGNOME _____****N ato a _____ il _____ C.F. _____****_____ Residente in _____ Via _____****_____ N° _____****Tutore di: Nome _____ Cognome _____****Nato a _____ il _____ C.F. _____****Residente in _____ Via _____ N° _____****DICHIARA**

di essere stato informato dei limiti previsti dall'art.5 comma 3 del D.M. 332/99, che prevede il rinnovo **PER UNA SOLA VOLTA** del presidio _____ (indicare la tipologia del presidio) , prima che siano trascorsi i tempi minimi di rinnovo pari a _____.

Il presidio autorizzato dall'Azienda USL in data _____ è stato dichiarato inutilizzabile per:

- smarrimento
- rottura accidentale
- particolare usura
- impossibilità tecnica alla riparazione o non convenienza alla riparazione
- non perfetta funzionalità del presidio riparato

NOTE

L'Assistito**LUOGO E DATA _____**

SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Servizio Sanitario - Regione Sardegna

Azienda U.S.L. N. ___ di _____

ALLEGATO 2
ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Autorizzazione (da consegnare al fornitore)

Autorizzazione n° _____

Data _____

NOME _____	COGNOME _____	C.F. _____

Nato a _____	il _____	Residente in _____

Via _____	N° _____	Tel. _____
Vista la prescrizione dello specialista Dott. _____ del Presidio di _____		
del Presidio Ospedaliero _____		

fornitura di presidio
 riparazione di presidio
 Ai fini dell'applicazione dell'IVA l'assistito è portatore di menomazione permanente

PRESIDI AUTORIZZATI ALLA FORNITURA

Descrizione Presidio	Codice Tariffario	Quantità	Prezzo
		Importo totale	

 IL Responsabile del Servizio

 Il Funzionario Amministrativo

Nota informativa L'assistito si impegna a collaudare presso l'ASL di residenza il presidio autorizzato entro 20 giorni dal momento della consegna, e a restituire tempestivamente il presente allegato al fornitore. Nel caso in cui il presidio non regolarmente collaudato dovesse risultare inadeguato l'ASL non sosterrà il costo della modifica, né della riparazione, né sarà sostituito. Qualora l'assistito non si presenti al collaudo il costo della fornitura rimarrà a suo totale carico. Il fornitore dovrà attenersi a quanto previsto nell'art.4 del D.M. 332/99
 I dispositivi non strettamente personalizzati sono ceduti in comodato d'uso e dovranno essere riconsegnati all'ASL al momento del non utilizzo.

<p style="text-align: center;">Collaudo</p> <p>Presidio matricola n° _____ Dichiaro che il presidio erogato è idoneo e funzionale a quanto prescritto Lo Specialista Prescrittore</p> <p>_____</p> <p>Data _____</p>	<p style="text-align: center;">Azienda Fornitrice</p> <p style="text-align: center;">(Timbro)</p>	<p style="text-align: center;">Dichiarazione di ricevuta di gradimento</p> <p style="text-align: center;">L'Assistito</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Data _____</p>
--	--	--

MODELLO DOMANDA E AUTOCERTIFICAZIONE

SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA

AZIENDA U.S.L. N. ____ DI _____ – Ufficio Assistenza Protesica e integrativa

ALLEGATO 4

SPETT.LE AZIENDA USL N. ____ DI _____
Ufficio Assistenza Protesica e Integrativa

IL SOTTOSCRITTO:

- TITOLARE
- CONIUGE
- GENITORE
- PARENTE IN LINEA RETTA O COLLATERALE FINO AL TERZO GRADO
- TUTORE

NOME _____ COGNOME _____ ETÀ _____

Consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARAdi essere nato a _____ il _____ C.F. _____
residente in _____ via _____ n° _____ tel. _____**CHIEDE** Per se.Ovvero per _____ che il sottoscritto ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000 dichiara
essere nato a _____ il _____
e residente in _____ via _____ n° _____ C.F. _____
di poter usufruire della fornitura di: _____
di cui all'allegata prescrizione specialistica**ALLEGA**

- Copia del verbale di Visita della Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità civile
- Certificazione medica specialistica attestante la patologia con valutazione della disabilità e programma riabilitativo come da **ALLEGATO 1** **ALLEGATO 1A** **ALLEGATO 1B**
- Prescrizione, da parte dello Specialista, su ricetta SSN a lettura ottica ai fini del monitoraggio della spesa sanitaria Prevista dall'art. 50 della L. 326/03;
- Copia del documento di identità (dell'assistito)

Luogo e Data _____

Firma dell'assistito _____
(o di chi ne fa le veci)

.....

Il sottoscritto _____ assistito o persona legalmente autorizzata, ai sensi del combinato disposto dell'art. 13 e 76 e ss. del D.lgs 196/2003, informato del fatto che i propri dati personali verranno utilizzati dall'Azienda USL, titolare del trattamento, esclusivamente per fini sanitari, consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art 7 del D.lgs 196/2003, **acconsente al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per motivi sanitari.**

Firma dell'assistito _____

(o di chi ne fa le veci)

MODELLO DI PRESCRIZIONE PER IL MMG E PLS

Servizio Sanitario – Regione Sardegna
Azienda U.S.L. N. ____ di _____

ALLEGATO 1 B

**ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione per il M.M.G. e PLS**

ASSISTITO

NOME _____ COGNOME _____ ETÀ: _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

Residente in _____ Via _____ N° _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ E PROGRAMMA RIABILITATIVO

- Paziente allettato
- Paziente allettato assistito in ADI
- Paziente allettato assistito in ADP

Diagnosi clinica _____

Valutazione del deficit _____

Tempi di impiego previsti _____

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione Presidio (vedi retro pagina)	Codice ISO	Quantità

Data _____

Il Medico di Medicina Generale/Il Pediatra di libera scelta

Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei presidi su ricettario SSN

Ausili e presidi prescrivibili

DESCRIZIONE	QUANTITÀ	CODICE
Pannolone a mutandina formato grande	Massimo 120 pz./mese	09.30.04.003
Pannolone a mutandina formato medio	Massimo 120 pz./mese	09.30.04.006
Pannolone a mutandina formato piccolo	Massimo 120 pz./mese	09.30.04.009
Pannolone sagomato formato grande	Massimo 120 pz./mese	09.30.04.012
Pannolone sagomato formato medio	Massimo 120 pz./mese	09.30.04.015
Pannolone sagomato formato piccolo	Massimo 120 pz./mese	09.30.04.018
Mutande elastiche riutilizzabili formato grande	Massimo 3 pz./mese	09.30.09.003
Mutande elastiche riutilizzabili formato medio	Massimo 3 pz./mese	09.30.09.006
Mutande elastiche riutilizzabili formato piccolo	Massimo 3 pz./mese	09.30.09.009
Pannolone rettangolare	Massimo 150 pz./mese	09.30.04.021
Pannolini mutandine x bambini misura grande	Massimo 120 pz./mese	Riconducibili al codice 09.30.04.003
Pannolini mutandine x bambini misura media	Massimo 180 pz./mese	Riconducibili al codice 09.30.04.006
Pannolini mutandine x bambini misura piccola	Massimo 180 pz./mese	Riconducibili al codice 09.30.04.009
Traverse salvamaterasso rimboccabili formato 80 x 180	Massimo 120 pz./mese	18.12.15.003
Traverse salvamaterasso non rimboccabili formato 60 x 90	Massimo 120 pz./mese	18.12.15.006
Cateteri vescicali a permanenza	Massimo 2 pz./mese	09.24.03.003
Cateteri esterni	Massimo 30 pz./mese	09.24.09.003
Raccoglitori x urina da gamba	Massimo 30 pz./mese	09.027.04.003
Raccoglitori x urina da letto	Massimo 30 pz./mese	09.27.04.006

DESCRIZIONE	CODICE
Letto ortopedico a 1 manovella	18.12.07.003
Letto ortopedico a 2 manovelle	18.12.07.006
Supporto x alzarsi dal letto	12.30.09.103
Sponde x letto	18.12.27.103
Materasso ventilato in espanso	03.33.06.003
Materasso ad aria con compressore	03.33.06.018

MODELLO PRESCRIZIONE SPECIALISTICA

Servizio Sanitario – Regione Sardegna
Azienda U.S.L. N. ____ di _____

Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica

Assistito

NOME _____ COGNOME _____
ETÀ: _____Nato a _____ il _____ C.F. _____
Residente in _____ Via _____ N° _____**VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ E PROGRAMMA RIABILITATIVO**
Diagnosi clinica

Valutazione del deficit

Valutazione funzionale e abilità residue

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto

Tempi di impiego previsti**PRESIDI PROPOSTI**

Descrizione Presidio	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del DM 332/99 per omogeneità funzionale, apporre la dicitura **“riconducibile per omogeneità funzionale”**

In caso di fornitura successiva alla prima indicare:

- a.** se trattasi di fornitura che **ha superato** i tempi minimi di rinnovo ed è guasto rotto usurato
 data dell'ultima fornitura _____ dichiaro che non è convenientemente riparabile
- b.** se trattasi di fornitura che ha **non superato** i tempi minimi di rinnovo
(condizioni di cui al co. 3 dell'art. 5 del D.M. 332/99.)
trattasi di presidio: guasto rotto usurato sostituzione componenti usurate
 Altro _____ dichiaro che non è convenientemente riparabile
(condizioni di cui al co. 2 dell'art. 5 del D.M. 332/99.)
 modifica dello stato psico-fisico (allegare relazione dettagliata)
 particolari necessità terapeutiche (allegare relazione dettagliata)
- c.** **se trattasi di minore di anni 18**
 rinnovo dovuto ad esigenze correlata all'età evolutiva
 rinnovo non dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva ma ai casi di cui sopra (indicare)

Situazione dell'avente diritto

Lettera a dell'art. 2 del D.M. 332/99

- invalido già riconosciuto** (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
- invalido già riconosciuto** per il quale viene richiesta assistenza protesica non correlata alla invalidità riconosciuta
 - trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di accompagnamento riconosciuta: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992
 - trattasi di invalido al 100% con indennità di accompagnamento **riconosciuta**: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992
- minore di anni 18**, per prevenzione, cura e riabilitazione di una menomazione e/o disabilità permanente

Lettera b dell'art. 2 del D.M. 332/99

- istante in attesa di accertamento** di invalidità
 - trattasi di assistito per il quale sussistono le condizioni di cui alla legge 18/80 in quanto si trova nella “impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ovvero non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua”: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

Lettera c dell'art. 2 del D.M. 332/99

- **istante in attesa di riconoscimento di invalidità**

ata _____

Lo Specialista _____

Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei Presidi su ricettario SSN

MODELLO PRESCRIZIONE SPECIALISTICA - OSPEDALE

Servizio Sanitario – Regione Sardegna
Azienda U.S.L. N. ____ di _____

Allegato 1A

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica
Dimissione Ospedaliera

Assistito

NOME _____ COGNOME _____ ETA': _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

Residente in _____ Via _____ N° _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi _____ clinica

Valutazione del deficit
_____Valutazione funzionale e abilità residue

_____**Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare**

_____**Obiettivi riabilitativi** in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto

_____**Tempi di impiego previsti**
_____**PRESIDI PROPOSTI**

Descrizione Presidio	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del DM 332/99 per omogeneità funzionale, apporre la dicitura **“riconducibile per omogeneità funzionale”**

In caso di fornitura successiva alla prima indicare:

a. se trattasi di fornitura che **ha superato** i tempi minimi di rinnovo ed è asto to rato
data dell'ultima fornitura _____ dichiaro che non è convenientemente riparabile

d. se trattasi di fornitura che **non ha superato** i tempi minimi di rinnovo

(condizioni di cui al co. 3 dell'art. 5 del D.M. 332/99.)

trattasi di presidio: guasto rotto usurato sostituzione componenti usurate

Altro _____ dichiaro che non è convenientemente riparabile

(condizioni di cui al co. 2 dell'art. 5 del D.M. 332/99.)

modifica dello stato psico-fisico (allegare relazione dettagliata)

particolari necessità terapeutiche (allegare relazione dettagliata)

e. se trattasi di **minore di anni 18**

rinnovo dovuto ad esigenze correlata all'età evolutiva

rinnovo non dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva ma ai casi di cui sopra (indicare)

Situazione dell'avente diritto

Lettera a dell'art. 2 del D.M. 332/99

invalido già riconosciuto (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)

invalido già riconosciuto per il quale viene richiesta assistenza protesica non correlata alla invalidità riconosciuta

trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di accompagnamento riconosciuta: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

trattasi di invalido al 100% con indennità di accompagnamento **riconosciuta**: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

minore di anni 18, per prevenzione, cura e riabilitazione di una menomazione e/o disabilità permanente

Lettera b dell'art. 2 del D.M. 332/99

istante in attesa di accertamento di invalidità

trattasi di assistito per il quale sussistono le condizioni di cui alla legge 18/80 in quanto si trova nella "impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ovvero non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua": la minorazione riportata

nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

Lettera c dell'art 2 del DM 332/99

istante in attesa di riconoscimento

PRESCRIZIONE AI SENSI DELL'ART. 2 LETTERA E DEL D.M. 332/99

A) PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURA DI RICOVERO PUBBLICA

AZIENDA USL N. _____ DI _____

PRESIDIO OSPEDALIERO _____ UNITA' OPERATIVA DI _____

B) PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURA DI RICOVERO ACCREDITATA

AZIENDA USL N. _____ DI _____

PRESIDIO OSPEDALIERO _____ UNITA' OPERATIVA DI _____

Si certifica che il paziente sopra indicato è ricoverato presso questa Unità Operativa e necessita con urgenza del dispositivo prescritto prima della dimissione in quanto affetto grave e permanente menomazione che richiede una tempestiva attivazione del progetto riabilitativo.


Data _____

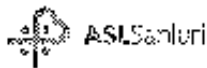
Il Responsabile dell'Unità Operativa Ospedaliera

Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei presidi su ricettario SSN

MODELLO ACCERTAMENTO INVALIDITA'

 ASLSanluri REGIONE SARDEGNA		COMMISSIONE MEDICA DI 1° ISTANZA PER L'ACCERTAMENTO DEGLI STATI DI INVALIDITA' CIVILE, DELLE CONDIZIONI VISIVE E DEL SORDOMUTISMO. VERBALE DI ACCERTAMENTO A/SAN	
ASL N.6 - Sanluri		Denominazione emmissione:	
Data richiesta:	Data presentazione domanda:	Protocollo N.:	
Cognome e Nome:		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Invalidità civile <input type="checkbox"/> Cecità civile <input type="checkbox"/> Sordomutismo	
Comune di nascita:	Data di nascita:	C.A.P. _____ <input type="checkbox"/> Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Domestico <input type="checkbox"/> Soggetti	
Residenza anagrafica:	<input type="checkbox"/> Primo accertamento <input type="checkbox"/> Aggravamento <input type="checkbox"/> Accertamento successivo per revisione d'ufficio		
Stato civile: <input type="checkbox"/> Libero <input type="checkbox"/> Coniugato <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Divorzziata <input type="checkbox"/> Altro	Altre: _____		
Condizione professionale o non profess:			
Anamnesi: _____			
Accertamenti di posti: _____			
Documentazione acquisita: _____			
La commissione medica ha accertato: <input type="checkbox"/> Assenza di patologia <input type="checkbox"/> Patologia dipendente da causa di guerra, lavoro, servizio (non coperta) <input type="checkbox"/> Patologia di competenza della commissione			
Patologia competente accertata		Psichiche: <input type="checkbox"/> Intelletiva <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> Neurologiche <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> Morbide <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> Respiratorie <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> Linguaggio <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Circolo circolatorio <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> Uditivo <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Malformaz. congenite <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> Visivo <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> Malattie infettive Fisiche: <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> Ferite anat. arti <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> Traumi traffico <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> Lesioni funz. mecm. artrosi <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> Traumi domestici <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> Altre cause violente <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> Interv. chir. mutilante	
LA COMMISSIONE CERTIFICA CHE IL RICHIEDENTE È RICONOSCIUTO:			
<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> NON INVALIDO: assenza di patologia e riduzione della capacità lavorativa in misura INFERIORE ad 1/3 (art. 2 11871, art. 1 28956 e art. 6 50588) <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> INVALIDO: riduz. permanente capacità lavorativa in misura SUPERIORE e UGUALE al 34% (art. 2 11871) % <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> INVALIDO: riduz. permanente capacità lavorativa in misura SUPERIORE e UGUALE al 74% (art. 2-3 11871) % <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilità lavorativa, 100% (art. 2 e 12 - 11871) <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilità lavorativa, 100% e con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di accompagnatore (L. 1850 - L. 50588) <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilità lavorativa, 100% e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (L.1850 L. 50588)			
MINORE <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> con difficoltà persistenti a svolgere compiti e funzioni della propria vita (L. 28956) <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> con perdita uditiva superiore a 60 decibel nell'orecchio migliore nelle frequenze 500, 1000, 2000 Hz (L. 28956) <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> INVALIDO (>15 anni) ai soli fini del collocamento lavorativo (Cir. Ministero Salute 17/12/2001) <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> INVALIDO con diritto all'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO (L. 1850 - L. 50588)			
ULTRASESSANTACIQUENNE con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni e i compiti propri della sua età (art. 6 50588 e DL 12498) <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Con DIFFICOLTÀ LEGVI (art. 6 50588 e DL 12498), %; <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> Con DIFFICOLTÀ MEDIO-GRAVI (art. 6 50588 e DL 12498), %; <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> Con DIFFICOLTÀ GRAVI (art. 6 50588 e DL 12498), 100% senza diritto all'Indennità di accompagnamento.			
<input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> CIECO con RESIDUO VISO non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi con eccitata eccitazione (L. 382/0)		REVISIONE DISPOSTA IN DATA _____	
<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> CIECO ASSOLUTO (L. 382/0 e 50588)		<input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> SORDOMUTO (L. 382/0 e 50588)	
PRESIDENTE _____		MED. DIR. LAVORO _____	
SEGRETARIO _____		MED. SPECIALISTA _____	
		MED. DIR. CIECIBILITÀ _____	
AVVERTENZA: Ai sensi dell'art. 42, 5° comma, del DL. 30/03/03 n. 269, convertito nella legge 24/04/03 n. 236, avverso il presente accertamento può essere proposto ricorso avanti all'autorità giudiziaria entro e non oltre sei mesi dalla data di comunicazione della presente certificazione.			
ORIGINALI PER LA A.S.I.			

MODELLO DELEGADistretto
Sociosanitario SanluriASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
MODELLO DI DELEGASpett.le ASL SANLURI
Ufficio Assistenze integrative e Protetico

IL SOTTOSCRITTO:

NOME _____ COGNOME _____
NATO A _____ IL _____ C.F. _____
RESIDENTE _____ VIA _____ N° _____ TEL. _____**DELEGA**

IL SIG:

NOME _____ COGNOME _____
NATO A _____ IL _____ C.F. _____
RESIDENTE _____ VIA _____ N° _____ TEL. _____
DOCUMENTO IDENTITA' _____ N° _____

- ▶ ALLA CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA ALLA ATTIVAZIONE/RINNOVO DELLA PRATICA PER L'EROGAZIONE DI AUSILI O PRESIDI E AL RITIRO DELLA AUTORIZZAZIONE PER L'EROGAZIONE DEGLI AUSILI O PRESIDI:

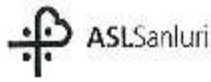
Data _____ Firma dell'assistito _____

Il sottoscritto assistito o persone autorizzate per il ritiro della documentazione assistita, prendendone piena e esclusiva responsabilità per il suo uso, può essere incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 78DPR 463/2000) ed essendo stato informato su quanto previsto all'art. 7E e ss del D.lg n. 196 del 30 giugno 2003 (normativa sulla privacy), acconsente al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per i fini sanitari.

Data _____ Firma dell'assistito _____

www.aslsanluri.it

Distretto Sociosanitario Sanluri
Via Bologna, 13
09025 SanluriAssistenza Integrativa e Protetico
Via Bologna, 13
09025 Sanluri

MODELLO RICHIESTA FORNITURA**ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA**

- All'Ufficio Assistenza Protetica
 All'Ufficio Assistenza Integrativa

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ tel _____

Cod. Fiscale _____

- per se stesso in qualità di _____

Del Sig./ra _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ Via /Piazza _____ tel _____

Cod. Fiscale _____

CHIEDE

Di poter usufruire della fornitura di cui alla prescrizione allegata rilasciata in data _____ da:

- Specialista Dott. _____ Medico di Famiglia Dott. _____

ALLEGA

- Copia verbale di visita della Commissione per l'Accertamento dell'Invalidità Civile;
 Copia domanda Invalidità con certificato medico e ricevuta di ritorno;
 Prescrizione medica attestante la patologia con valutazione della disabilità e programma riabilitativo;
 Prescrizione su ricetta SSN a lettura ottica al fine del monitoraggio della spesa sanitaria prevista dall' art. 50 L. 326/03;
 Copia del documento di identità dell'assistito;

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci
(art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA:

- Di essere residente a _____
 Che l'assistito _____ è residente a _____

Dichiara inoltre:

- che il presidio non è stato e non sarà richiesto ad altro Ente o Istituzione
 di volere usufruire del Servizio di Consegna a Domicilio dei prodotti per l'incontinenza;
 di non volere usufruire del Servizio di Consegna a Domicilio dei prodotti per l'incontinenza;

- L'assistito si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione di domicilio e dichiara di essere a conoscenza che la concessione viene effettuata con riserva di proprietà e pertanto si impegna alla restituzione, a proprie spese, in caso di fornitura successiva o terminata utilizzazione (escluse protesi personalizzate).

Sanluri _____
(data)_____
(firma del dichiarante)

- Il/la sottoscritto/a _____ assistito o persona legalmente autorizzata ai sensi del combinato disposto dall'art. 13 e ss del D.lgs 196/2003, informato del fatto che i propri dati personali verranno utilizzati dalla ASL titolare del trattamento, esclusivamente per fini sanitari, consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003, **acconsente al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per motivi sanitari.**

Sanluri _____
(data)_____
(firma del dichiarante)

MODELLO DOMANDA DEL FORNITORE

Spett.le
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E
DELL'ASSISTENZA SOCIALE
Settore assistenza farmaceutica, integrativa e protesica
Via Roma, 223
09123 Cagliari
e.p.c Azienda USL n. _____

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
nella veste di legale rappresentante dell' Azienda

con sede in _____ Via _____ n _____
Comune _____ Prov _____ CAP _____
C.F o P. IVA _____ R.I. _____

in qualità di fabbricante/ assemblatore/ responsabile dell'immissione in commercio/ rivenditore(1)
di dispositivi medici su misura/ di serie(1) di cui all'elenco 1 del DM 332/99, chiede di fornire con
oneri a carico del SSN i seguenti dispositivi:
tipologia del dispositivo codice ISO 9999-
1998

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni
mendaci (art. 76 DPR 445/2000), dichiara

1) di disporre delle attrezzature necessarie per la fornitura dei dispositivi oggetto dell'attività

2) di operare nel territorio della Regione Sardegna

3) di accettare le condizioni di erogazione previste dal DM 332/99

4) di avvalersi, per lo svolgimento dell'attività, del seguente professionista, titolare/soggetto terzo,
che opera in nome e per conto della ditta per un orario tale da assicurare la fornitura nei termini di
legge in possesso del titolo abilitante alla specifica arte sanitaria(1) espletata:

nome _____
titolo _____
rilasciato da _____ il _____

5) di essere iscritto nell'elenco nazionale dei fabbricanti dei dispositivi su misura con il seguente
codice di registrazione _____ (2).

Si allegano i seguenti documenti:

1) certificato d'iscrizione alla Camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura ove
richiesta per i soggetti di diritto privato

2) autorizzazione comunale all'immissione in commercio, alla distribuzione o alla vendita dei
dispositivi oggetto dell'attività, ai sensi della normativa vigente.

- 3) elenco delle attrezzature utilizzate per lo svolgimento della specifica attività esercitata;
- 4) copia del titolo di abilitazione all'esercizio della specifica arte sanitaria espletata
- 5) planimetria, in scala adeguata, degli uffici e dei laboratori in cui risulti indicata la disposizione delle principali attrezzature;
- 6) documentazione comprovante l'idoneità, l'agibilità e la destinazione d'uso dei locali e degli impianti dal punto di vista dell'igiene ambientale e della sicurezza del lavoro;
- 7) fotocopia del documento d'identità, in corso di validità, del legale rappresentante dell'azienda.

Data _____

Firma e timbro

Al sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs n. 196 del 30.06.2003 dichiaro altresì di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche per via informatica esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i dritti previsti dall'art. 7 del medesimo Dlgs 193/2003.

Firma e timbro

- (1) barrare la voce che non interessa
- (2) **obbligatorio esclusivamente per i fabbricanti, assemblatori, responsabili dell'immissione in commercio dei dispositivi su misura di cui all'elenco 1 del DM 332/99.**

NOTE NORMATIVE

- **D.M. 28/12/1992**
- **D.M. N. 332 del 27/08/1999** Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario Regionale: modalità di erogazione e tariffe.
- **D.M.S. N. 321 del 31/05/2001** Modifica del regolamento per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.
- **DGR N. 28/15 del 01/07/2005:** Linee Regionali di indirizzo ai portatori di stomia.
- **Direttiva Regionale 16531/3 del 04/05/2006:** Linee di indirizzo regionali sull'applicazione del DM 332/99 in materia di assistenza protesica.

Materiali di medicazione per particolari forme morbose

Convenzione Regionale con le farmacie del territorio

Prodotti dietetici

- Fibrosi Cistica: L. N. 548 del 23/12/1993
- Morbo Celiaco: Dir. Reg. Prot. 36167/4 del 10/10/2001
 - Dir. Reg. Prot. 10238/4 del 13/03/2002Nefropatia con insufficienza renale

Ossigenoterapia a lungo termine

- Dir. Reg. n. 131 del 06/08/1990 Prot. 29233/II/5

NOTE BIBLIOGRAFICHE

Weingarten S.: Critical pathways: what do you do when they do not seem to work? AJM, 2001

Russo R. Profili di cura e profili assistenziali: obiettivi e metodologia. Politiche sanitarie 2000.

Panella M., Moran N. Di Stanislao F. Una metodologia per lo sviluppo dei profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth Inc. Profili assistenziali. QA, 8 (1) 1997

Morosini P. Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale. Rapporti ISTISAN 04/29 Rev. 2004, v, 112 p.

A. Ardingò, Sociologia e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria. Franco Angeli, 2006

C. Cipolla , G. Giarelli , L. Altieri, Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti - Collana: Laboratorio sociologico, 2a ristampa 2004, 1a edizione 2002

C. Cipolla (a cura di), Manuale di sociologia della salute. Vol.III. Spendibilità, FrancoAngeli, 2009

C. Corposanto, Sulla valutazione della qualità nei servizi sociali e sanitari, FrancoAngeli Editore collana Salute e Società - anno 2007

F. Guarino, L.Mignardi, Tecnologie a rete per la salute e l'assistenza, FrancoAngeli Editore collana Salute e Società - anno 2007

G. Bertin, Governance e valutazione della qualità nei servizi sociosanitari, FrancoAngeli, 2007

M. Ingrosso, Fra reti e relazioni, FrancoAngeli Editore - collana Salute e Società, anno 2007

S. Baraldi, Il Balance Scorecard nelle aziende sanitarie, McGraw-Hill, 2005

Wilson J.: Integrated care management. Br J Nurs, 1998

Herring L: Critical pathways: an efficient way to manage care. Nurse Stand, 1999

Casati G. La gestione dei processi in Sanità. QA Vol. 13. N. 1, 2002

Campbell H.: Integrated care pathways. BMJ, 1998

Bailey DA., Litaker DG.: Developing better critical paths in healthcare: combining best practice and the quantitative approach. J Nurs Adm, 1998