



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DI BASILICATA

Azienda Sanitaria Locale di Potenza

LINEE GUIDA PER I MEDICI PER RICHIEDERE DISPOSITIVI DI RIABILITAZIONE

PRESIDI, PROTESI, ORTESI E AUSILI



INTRODUZIONE

Da più parti è stata rappresentata ai vari livelli dell'articolazione aziendale la necessità di diramare linee guida per rendere uniformi in tutte le sedi della A.S.P. i criteri che stanno alla base della dispensazione a carico del S.S.N. dei presidi, protesi, ortesi ed ausili.

Scopo delle presenti indicazioni sarà, perciò, quello di chiarire molti aspetti della materia che spesso vengono valutati in modo differente a seconda dei singoli medici prescrittori.

Siamo pienamente consapevoli che ogni prescrizione debba essere fatta secondo scienza e coscienza, ma quando una prescrizione viene fatta a nome e per conto di un Ente pubblico, con oneri a carico dello stesso, essa non può non inserirsi nell'alveo delle norme di riferimento e delle indicazioni aziendali.

Lo stesso regime di autorizzazione preventiva non deve essere inteso come una limitazione all'autonomia prescrittiva del medico specialista bensì per quello che in effetti è, e cioè una verifica della completezza della documentazione inoltrata dall'assistito e dell'appropriatezza rispetto alle citate norme e regolamenti.

Sappiamo altresì che la spesa per l'assistenza riabilitativa e protesica in Basilicata è tra le più elevate con valori ben oltre la media nazionale senza che vi siano ragioni epidemiologiche che giustifichino tale differenza.

Ognuno di noi, medici dipendenti e convenzionati, è chiamato per la parte che gli compete, e nel proprio ambito d'azione, a concorrere alla necessaria razionalizzazione nell'impiego delle risorse.

AVENTI DIRITTO

Le prestazioni di assistenza protesica concedibili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale sono ricomprese negli elenchi 1, 2, 3 allegati al D.M. 27.08.1999, n. 332 e nella DGR n. 1249 del 30 luglio 2008 :



- l'elenco 1 contiene i dispositivi costruiti su misura e quelli di serie la cui applicazione richiede modifiche o allestimenti eseguiti da un tecnico abilitato, su prescrizione del medico specialista;
- l'elenco 2 contiene i dispositivi di serie la cui applicazione o consegna non richiede l'intervento del tecnico abilitato;
- l'elenco 3 contiene gli apparecchi acquistati direttamente dall'ASP per i servizi sanitari ed assegnati in uso all'assistito.

Hanno diritto alla fornitura di dispositivi protesici solo gli assistiti in possesso dell'avvenuto riconoscimento di INVALIDITA' CIVILE, di GUERRA o per SERVIZIO.

Possono inoltre accedere all'assistenza protesica anche assistiti in attesa di riconoscimento dell'invalidità se affetti dalle seguenti menomazioni: entero-urostomizzati, pazienti mastectomizzate, laringectomizzati, tracheostomizzati, i soggetti che hanno subito interventi demolitori del globo oculare.

Si prescinde altresì dal requisito di invalidità civile per la concessione di ausili e protesi a favore dei soggetti che usufruiscono di assistenza domiciliare integrata e cure palliative.

Gli invalidi per LAVORO usufruiscono dell'assistenza protesica erogata dall'INAIL e pertanto non hanno diritto alla fornitura di dispositivi erogata dal S.S.N.

Sono altresì esclusi dall'assistenza protesica a carico del S.S.N. gli assistiti affetti da patologie transitorie (es. fratture).

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA

Per la domanda di fornitura di presidi protesici l'assistito dovrà rivolgersi presso il Punto Unico di Accesso (P.U.A.) di ogni U.S.I.B. (ex Distretto Sanitario) ovvero presso gli Sportelli periferici territoriali dell'Assistenza Primaria. Alla domanda, redatta su apposito modulo Aziendale, dovranno essere necessariamente allegati:

- **Prescrizione specialistica redatta con le modalità cui al successivo punto;**
- **Copia del verbale di invalidità civile o di guerra o per servizio, ovvero, nei casi sopra menzionati, di avvenuta presentazione dell'istanza di invalidità se in possesso, ovvero autocertificazione.**



MODALITÀ DI PRESCRIZIONE

La prescrizione dei dispositivi protesici è redatta dal **MEDICO SPECIALISTA del S.S.N.**, dipendente o convenzionato, SUMAI o Specialista dipendente da altre forme Istituzionali di Ricovero e Cura, **COMPETENTE PER TIPOLOGIA DI MENOMAZIONE O DISABILITÀ.**

La prescrizione di un **dispositivo protesico** costituisce parte integrante di un **PROGRAMMA DI PREVENZIONE SECONDARIA, CURA E RIABILITAZIONE** delle patologie o dei loro esiti che determinano la menomazione o disabilità.

Le prescrizioni provenienti da fuori Regione verranno validate a monte dal Medico delle Cure Primarie o altro Dirigente Specialista autorizzatore, avvalendosi, ove necessario, degli specialisti a disposizione, che effettueranno anche il collaudo del presidio.

Si rammenta che il D. Lgs. 502/1992 e successive integrazioni e modifiche ha introdotto una netta distinzione tra competenze sanitarie a carico del S.S.N. e competenze sociali che, invece, sono poste a carico dei Comuni e Enti Locali.

La valutazione del medico, perciò, pur tenendo presente anche il contesto sociale e familiare dell'assistito, dovrà vertere soprattutto su criteri sanitari.

La prescrizione di un presidio o un ausilio deve perciò essere intesa come un atto medico teso a curare, riabilitare o prevenire ulteriori aggravamenti di una malattia cronica invalidante.

A tal fine la prima prescrizione di un dispositivo protesico deve comprendere:

1. **UNA DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA** che scaturisca da una completa valutazione clinica e strumentale dell'assistito, **comprensiva di tutte le notizie appropriate sulla menomazione (ad esempio : emiparesi dx / sin – specificando il lato interessato; esiti di polio arto inf con equinismo – specificando gli esiti; ecc.)**
2. **L'INDICAZIONE DEL DISPOSITIVO** protesico, ortesico o dell'ausilio prescritto, **COMPLETA DEL CODICE IDENTIFICATIVO RIPORTATO NEL NOMENCLATORE** e l'indicazione degli eventuali adattamenti necessari per la sua personalizzazione;
3. **UN PROGRAMMA TERAPEUTICO RIABILITATIVO DI UTILIZZO DEL DISPOSITIVO.**

Il dispositivo protesico prescritto di cui si chiede l'erogazione **DEVE ESSERE ATTINENTE E CORRELATO ALLE PATOLOGIE RICONOSCIUTE INVALIDANTI A CARATTERE PERMANENTE** dalle Commissioni Mediche preposte.



Nella prescrizione il Medico Specialista dovrà attenersi a quanto stabilito dal **regolamento recante le norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale contenuto nel D.M. n. 332 del 27 agosto 1999** (cosiddetto **Nomenclatore Tariffario**).

La prescrizione dovrà essere redatta **solo ed esclusivamente sull'apposito modulo Aziendale**; non saranno accettate prescrizioni redatte su carta intestata della Unità Operativa o su moduli prestampati di altro genere; dovrà contenere un programma terapeutico di utilizzo del dispositivo per i presidi dell'elenco 1 comprendente: il significato terapeutico e riabilitativo, le modalità, i limiti e la prevedibile durata di impiego del dispositivo, le possibili controindicazioni, le modalità di verifica del dispositivo in relazione all'andamento del programma terapeutico, con esclusione di ausili per incontinenza, **dove si dovrà distinguere tra le patologie momentaneamente invalidanti e quelle cronico degenerative progressivamente ingravescenti.**

La prescrizione dovrà essere redatta di **proprio pugno** dal medico prescrittore **in ogni sua parte** e dovrà riportare timbro e firma leggibile del medico e della U.O. di appartenenza, **codice identificativo del presidio. Non saranno accettate pratiche non complete in tutti i campi del modulo di prescrizione, che dovrà essere compilato esclusivamente dal medico Prescrittore.**

La prescrizione di un dispositivo può essere effettuata, inoltre, anche dal medico di distretto dell'UVM (Commissione ADI – UVG ecc.) per la concessione di ausili e protesi a favore dei soggetti che usufruiscono di assistenza domiciliare integrata e cure palliative.

L'AUTORIZZAZIONE

L'autorizzazione alla fornitura sarà emessa dal Dirigente Medico della U.O. Assistenza Primaria che è **tenuto a verificare la completezza della documentazione presentata nonché valutare l'appropriatezza e la congruità della prescrizione.**

Nel caso in cui la documentazione risulti essere incompleta o carente il Dirigente Medico richiederà all'assistito le opportune integrazioni, compresi gli accertamenti sanitari necessari per una corretta valutazione, secondo le linee guida.

Le condizioni di insorgenza del diritto dell'utente ed il correlato obbligo delle Aziende Sanitarie di procedere alla fornitura del presidio debbono ritenersi riscontrati, e quindi determinano l'adozione dell'atto autorizzativo, alla verifica della sussistenza contemporanea dei seguenti elementi :

- a) Prescrizione da parte di un medico specialista rispetto alla tipologia di menomazione e/o



- disabilità;
- b) “ connessione “ tra lo stato invalidante accertato e la tipologia di ausilio prescritto, da intendersi nel senso di appropriatezza e quindi come adeguata correlazione tra il dispositivo, presidio o protesi, e il programma terapeutico;
 - c) Riscontro dello stato di avente diritto;

Nel caso di forniture successive alla prima, il personale degli Uffici Preposti dovrà verificare che siano stati rispettati MODALITÀ , TEMPI E MOTIVAZIONI DEL RINNOVO.

L'autorizzazione è inviata al richiedente entro 20 giorni dal ricevimento della richiesta, fatti salvi i casi per i quali il distretto chieda elementi integrativi al fine di esprimere un corretto giudizio in merito all'autorizzazione.

Una procedura d'urgenza è prevista per i pazienti in ADI e per quelli ricoverati in strutture ospedaliere per i quali il medico certifichi la necessità e l'urgenza. Per questi ultimi, ai sensi dell'art. 2 comma 1 lettera E del D.M. 332/99, deve essere contestualmente avviata la procedura per il riconoscimento della invalidità.

Al momento della consegna del dispositivo protesico l'assistito o chi ne esercita la tutela dovrà rilasciare al fornitore una dichiarazione di ricevuta; questa dovrà essere allegata dal fornitore alla fattura trasmessa all'Azienda ASP ai fini del rimborso. In caso di persona diversa dal beneficiario, il fornitore allegnerà anche copia del documento di riconoscimento di chi riceve il bene.

Nel caso di **dispositivi finiti** (letti, carrozzelle, deambulatori, ecc..) si potrà fornire direttamente all'assistito un presidio cosiddetto **RICONDIZIONATO**.

In NESSUN CASO gli assistiti possono farsi anticipare i dispositivi protesici dalle sanitarie private convenzionate prima del rilascio della necessaria autorizzazione emessa dalla ASP. A tal fine si rammenta che il D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni esclude esplicitamente ogni forma di assistenza indiretta.

Per quanto concerne i dispositivi di cui all'elenco n. 2 del decreto ministeriale n. 332/1999, la ditta è tenuta alla consegna del presidio e all'acquisizione della firma per ricevuta dell'utente, con la data di consegna.

Nel caso di mancata fornitura nei tempi stabiliti viene applicata una penale nella misura in % sul costo della fornitura stessa secondo quanto previsto dalle condizioni di gara per in caso di dispositivi di cui all'allegato 2 e di quanto previsto nel D.M. in caso di dispositivi di cui all'allegato 1.



Modalità di fornitura in favore degli ospiti delle RSA

In favore degli ospiti delle Residenze sanitarie assistenziali gestite dalla ASP è assicurata dal Distretto Sanitario territorialmente competente, con le procedure indicate dalle presenti direttive, la fornitura dei dispositivi personalizzati di cui all'elenco n. 1 e all'elenco n. 3 del nomenclatore tariffario.

Sono forniti direttamente alle Residenze Sanitarie Assistenziali di gestione Aziendali, gli ausili tecnici di serie di cui all'elenco n. 2 di seguito indicati:

- carrozzina a telaio rigido manovrabile dall'accompagnatore e ad autospinta, compresi aggiuntivi (cod. 12.21.03, 12.21.06, 12.21.09, 12.24)
- ausili antidecubito (cod. 03.33)
- ausili per evacuazione (cod. 09.12)
- ausili per la deambulazione (cod. 12.03,12.06)
- bicicletta (cod. 12.18)
- letto ortopedico e aggiuntivi (cod. 18.12)
- sollevapersone e aggiuntivi (cod. 12.36)

IL COLLAUDO

È OBBLIGO DEL MEDICO PRESCRITTORE o della sua Unità Operativa di appartenenza **L'EFFETTUAZIONE DEL COLLAUDO**, che ai sensi della **DGR n. 1052 del giugno 2010**, sarà **effettuato** entro 60 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa all'avvenuta consegna degli stessi da parte del fornitore del paziente.

Il collaudo sarà effettuato negli Uffici autorizzativi delle U.S.I.B., in presenza della Ditta fornitrice, dello Specialista Prescrittore e del Medico del Distretto autorizzatore, e sarà effettuato nello stesso momento della consegna all'assistito del presidio, in giorni ed orario prestabiliti. Nello stesso momento sarà effettuato anche l'inventario del bene.

Qualora l'assistito non si presenti alla data fissata per il collaudo senza giustificato motivo incorre nelle sanzioni fissate dalla vigente normativa.

Il collaudo **accerta la CONGRUENZA clinica e la RISPONDENZA** del dispositivo in base ai termini della relativa autorizzazione e prescrizione specialistica.



Sono esclusi dalla procedura di collaudo i dispositivi monouso.

Qualora all'atto del Collaudo il dispositivo **NON RISULTI RISPONDENTE** alla prescrizione il fornitore è tenuto ad apportare le opportune variazioni.

Il medico collaudatore dovrà pertanto certificare lo stato di non congruenza e/o di non corrispondenza tra dispositivo protesico prescritto e quello consegnato all'assistito in modo che il collaudatore stesso ovvero l'Ufficio di Assistenza Primaria possa intervenire con il fornitore per far apportare le opportune variazioni.

I presidi prescritti di cui all' allegato 2 ed oggetto di assegnazione a specifica Ditta fornitrice vincitrice di gara, di cui si conoscono già le caratteristiche tecniche approvate in sede di gara, sono esonerate dal collaudo. Tali presidi possono essere consegnati direttamente a domicilio dell'assistito secondo il percorso prima individuato. Gli stessi presidi, comunque, sono inventariati e sono sottoposte a quanto previsto alla voce verifiche e controlli.

Per gli altri presidi nel caso di prescrizioni provenienti da fuori regione, la competente Unità Operativa potrà utilizzare per la verifica e collaudo del presidio specialisti aziendali.

Per quanto riguarda inoltre prescrizioni provenienti dalla Azienda Sanitaria San Carlo verrà proposto alla Direzione della Azienda Ospedaliera protocollo operativo per la apertura di specifico ambulatorio collaudi e che preveda inoltre la comunicazione alla Direzione Strategica dell'Azienda Ospedaliera delle proprie Unità Operative inadempienti a tale disposizione normativa.

PROPRIETÀ DEI PRESIDI

I dispositivi protesici di cui agli elenchi 1 e 2 del decreto ministeriale n. 332/1999 sono di proprietà dell'Azienda e si intendono ceduti all'assistito, il quale si impegna a restituirli all'Azienda qualora non vengano più utilizzati.

Elenco 1

- stabilizzatori (cod. 0.348 e o 3.78)
- triciclo (cod. 12.18.06.003)
- carrozzine pieghevoli (cod. 12.21.06.033)



- carrozzine elettriche (cod. 12.21.27.006)
- passeggino riducibile (cod. 12.27.03.006)
- sistemi di postura modulari (cod. 18.09.39)
- seggiolone polifunzionale (cod.18.09.18.012)

Elenco 2

1. ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio
2. (stampelle, tripodi e quadripodi) (cod. 12.03)
3. deambulatori (cod. 12.06)
4. carrozzine (cod. 12.21)
5. passeggini (cod. 12.27)
6. sollevatori (cod. 12.36)
7. seggioloni (cod. 18.09)
8. letti (cod. 18.12)
9. ausili ottici elettronici (cod. 21.06)
10. periferiche input e output e accessori (cod. 21.09)
11. macchine da scrivere e sistemi di elaborazione testi
12. per telefonare (cod. 21.15)
13. telefoni e ausili per telefonare (cod. 21.36)
14. sistemi di trasmissione del suono (cod. 21.39)
15. ausili per la comunicazione interpersonale (cod. 21 42.06.003)
16. ausili per evacuazione (cod. 09.12)

I presidi di cui all'allegato 3 del nomenclatore tariffario sono di proprietà dell'azienda sanitaria e sono assegnati in uso agli assistiti; l'Azienda provvede nei modi più opportuni alla verifica dell'avvenuto addestramento degli assistiti all'utilizzo dei presidi stessi da parte della Ditta fornitrice durante la fase di controllo;



- Nel caso dei presidi di cui all'elenco 1 l'Azienda può organizzare, anche stipulando contratti con ditte esterne, un servizio di recupero, revisione e sanificazione per la successiva riassegnazione ad altri soggetti invalidi dei presidi stessi.

Ausili per ADI

Per i soggetti in ADI e cure palliative, il medico dell'U.V.M. dell'Unità Operativa di assistenza territoriale competente prescrive e autorizza direttamente i presidi necessari per la conduzione del percorso assistenziale di cui al seguente elenco, utilizzando il modulo predisposto dall'Azienda.

Gli ausili per i pazienti in ADI sono i seguenti:

- ausili antidecubito (cod. 03.33)
- carrozzina rigida (cod.12.21.03.003-12.21.03.006-12.21.03.009-12.21.06.003- 12.21.06.006-12.21.09.003-12.21.09.006)
- carrozzina pieghevole (cod. 12.21.06.039; 12.21.06.045)
- aggiuntivi per le carrozzine di cui sopra
- letto ortopedico (cod. 18.12.07.003-18.12.07.006)
- sollevatore mobile a imbracatura polifunzionale (cod.12.36.03.003-12.36.03.006)
- imbracatura ad amaca con contenzione del capo (cod. 12.36.03.103)

riconcucibilita'

In caso di fornitura di presidio riconducibile, il preventivo dovrà indicare la quota a carico ASP e, separatamente, quella a carico dell'assistito e dovrà essere accompagnato da una specifica delle caratteristiche tecniche che determinano la riconducibilità dell'apparecchio.

Rinnovo della fornitura

In ottemperanza alla DGR n. 1052 del 23/06/2010, con la quale si vincolano i Direttori Generali a



porre in campo una serie di azioni finalizzate alla razionalizzazione della spesa per protesi ed ausili, in caso di rinnovo della fornitura di cui all'allegato 2 del D.M. 332/99, il medico prescrittore ha l'obbligo di verificare l'eventuale sostituzione e di sottoscrivere una dichiarazione di non utilizzo del presidio specificandone la motivazione, all'interno della stessa, seguendo ove presenti le direttive riportate nelle Linee Guida allegate al presente regolamento.

VERIFICHE E CONTROLLI

La ASP garantisce i controlli di regolarità e le verifiche di qualità in ordine al rispetto delle procedure e alla qualità dei processi e dei prodotti.

Controlli di regolarità

Ai fini dell'evidenza e del controllo delle forniture, l'Azienda apre e mantiene aggiornata una scheda fascicolo per ciascun assistito che fruisca delle prestazioni di assistenza protesica, contenente tutta la documentazione attinente alle forniture effettuate (condizione di avente diritto, prescrizione con relative motivazioni e piano terapeutico, autorizzazione alle prestazioni e data delle forniture, ecc).

L'azienda cura l'implementazione di un sistema informativo attraverso il quale rendere accessibile in rete i dati dei fascicoli al personale dei distretti preposto all'accettazione delle domande di assistenza protesica. Tale sistema informativo consentirà di unificare le tre fasi dell'assistenza protesica dalla prescrizione all'autorizzazione, alla consegna dell'ausilio. Gli operatori preposti dovranno alimentare la Banca Dati attraverso la rilevazione delle informazioni rinvenienti.

Verifiche di qualità

Relativamente ai prodotti di cui agli elenchi n. 2 e 3 del nomenclatore, l'Azienda esegue controlli in ordine al soddisfacimento dell'utente, nonché alla qualità dei prodotti di serie e dei prodotti oggetto di riciclo e alla funzionalità delle procedure di consegna.

L'Azienda assicura altresì l'aggiornamento del personale direttamente coinvolto nel processo di erogazione dei dispositivi dell'assistenza protesica e la corretta informazione ai cittadini sulle procedure.



Si precisa che sarà compito degli uffici competenti effettuare controlli sia ante che post autorizzazione, anche a campione. In particolare si procederà, tramite specialisti aziendali, alla verifica della connessione tra lo stato invalidante accertato e la tipologia di ausilio prescritto, presidio o protesi e la appropriatezza con il programma terapeutico.

Atteso che nella ASP l'U.O. competente all'adozione degli atti autorizzatori è la U.O. Assistenza Primaria, al cui interno non sono comunque rinvenibili tutte le professionalità mediche necessarie per procedere ai dovuti controlli, l'U.O. Assistenza Primaria, nel ruolo autorizzativo e/o le Direzioni di U.S.I.B. nel ruolo di committenza e/o di controllo/monitoraggio, sono di fatto autorizzati ad avvalersi, per tali controlli, delle UU.OO. interessate e comunque di ogni specialista in rapporto con l'Azienda, ciò al fine di acquisire il formale parere, se richiesto, sulle valutazioni tecnico/specialistiche inerenti il presidio e/o l'ausilio prescritto. Gli stessi potranno avvalersi, inoltre, anche di altri organismi interni Aziendali, quali ad esempio le UU.VV.BB.RR., LE UU.VV.INTEGRATE O DISTRETTUALI, le Commissioni ADI.

Per alcuni ausili, quali le carrozelle elettriche e quelli di particolare impegno economico a carico della ASP, si prevede la prova d'uso come meglio specificato nelle Linee Guida.

Tali controlli verteranno inoltre sulla effettiva consegna ed il corretto utilizzo dell'ausilio. Lo stesso ausilio, in caso di mancato utilizzo, potrà essere ritirato dalla ASP e riutilizzato per altri pazienti aventi bisogno.

Il controllo sarà effettuato con cadenza mensile ed a campione sia a domicilio che presso gli Uffici Autorizzativi Distrettuali, con una percentuale di almeno il 20% delle autorizzazioni concesse nell'anno di riferimento.

Tale attività ispettiva dovrà essere documentata attraverso la redazione di un verbale che viene protocollato e consegnato agli atti.

I Direttori delle UU.OO. Assistenza Primaria e delle UU.SS.II.BB. nella relazione trimestrale collegata alle attività di budget ed inviata alla Direzione Strategica, terranno conto di tale attività e specificheranno le azioni svolte sul monitoraggio del processo di erogazione, nonché sulle azioni correttive poste in essere in tema di contenimento e monitoraggio dei costi.



LINEE GUIDA TECNICO – OPERATIVE PER LA FORNITURA DI DISPOSITIVI ATTI A FAVORIRE LA MOBILITÀ ASSISTITA CON O SENZA ACCOMPAGNATORE

Le **carrozze, i deambulatori, i passeggini, ecc.** sono da considerarsi dispositivi atti a favorire la mobilità assistita con o senza accompagnatore.

È opportuno rammentare che tutti i dispositivi indicati per la mobilità assistita **sono alternativi** ai dispositivi prescrivibili a soggetti affetti da patologie gravi che obbligano alla degenza a letto (letti speciali, materassi antidecubito, sollevatori ecc.), senza soluzione di continuità e viceversa.

1. CARROZZINA A TELAIO RIGIDO MANOVRABILE DALL'ACCOMPAGNATORE

cod. 12.21.03.003: è indicata in tutti i casi in cui il soggetto necessita di un ausilio per la mobilità assistita da un accompagnatore.

2. CARROZZINA A TELAIO RIGIDO RECLINABILE MANOVRATA

DALL'ACCOMPAGNATORE cod. 12.21.03.006: è indicata in tutti i casi in cui il soggetto necessita di un ausilio per la mobilità assistita da un accompagnatore.

3. CARROZZINA A TELAIO RIGIDO AD AUTOSPINTA CON MANI SULLE RUOTE

POSTERIORI con WC cod. 12.21.06.003: è prescrivibile in tutti i casi in cui l'utilizzatore è in grado di attivare la mobilità senza necessità di un accompagnatore.

4. CARROZZINA A TELAIO RIGIDO AD AUTOSPINTA CON MANI SULLE RUOTE

ANTERIORI con WC cod. 12.21.09.003: è prescrivibile in tutti i casi in cui l'utilizzatore è in grado di attivare la mobilità senza necessità di un accompagnatore.

5. CARROZZINA PIEGHEVOLE cod. 12.2106039 e la **CARROZZINA PIEGHEVOLE DI**

TRANSITO cod. 12.21.06.045: sono prescrivibili per la mobilità assistita rispettivamente con e senza la necessità di un accompagnatore.

6. CARROZZINA SUPERLEGGERA cod. 12.21.06.060: è indicata per adulti e minori di

anni 18 non deambolanti **che svolgono intensa attività esterna**, essa è alternativa alle altre carrozzine cod. 12.21.06.



7. **CARROZZINE ELETTRICHE** : sono prescrivibili a soggetti in possesso dei requisiti neuropsichici e fisici in grado di determinare il controllo del veicolo in condizioni di sicurezza. Tale stato deve essere certificato dal medico specialista prescrittore. Per tale motivazione è necessaria la preventiva prova d'uso nelle condizioni del futuro e/o effettivo utilizzo de presidio, da effettuarsi ad opera della Ditta Fornitrice insieme con il Medico Prescrittore + un Fisiocinesiterapista della ASP. Solo dopo aver accertato ciò il Medico Prescrittore procederà alla prescrizione del bene su apposita modulistica Aziendale.

Il D.M. 332/99 prevede la prescrivibilità di due diversi modelli :

- a) per uso interno / esterno;
- b) per uso esterno.

Laddove la prescrizione interessi il modello di cui alla lettera b), si ricorda che la Legge 29 luglio 2010 n. 120, “ Disposizioni in materia di sicurezza stradale “, nelle modifiche al Codice della Strada, all'art.8 specifica che le macchine per uso invalidi, rientranti tra gli ausili medici secondo le vigenti disposizioni comunitarie, anche se asservite da motore, non rientrano nella definizione di veicolo (sono equiparate alle macchine per uso di bambini) e pertanto non possono utilizzare la rete viaria, ma possono circolare solo sulle parti di strada riservate a pedoni, secondo le modalità stabilite dagli Enti proprietari delle strade.

Nel caso di richiesta di carrozzina elettrica con comando di guida posteriore utilizzabile da terze persone, l'invalido dovrà indicare il nominativo o i nominativi dei soggetti autorizzati all'uso, che dovranno essere addestrati dalla ditta fornitrice.

8. **MONTASCALE MOBILE A CINGOLI E A RUOTE** : è indicato in soggetti totalmente non deambulanti dimoranti abitualmente in edifici sprovvisti di ascensore idoneo, serviti da scale non superabili mediante l' istallazione di una rampa di cui al D.M. Lavoro Pubblici n. 236 del 14\08\1989. La certificazione di impossibilità di installazione di detta rampa è a carico dell'utente che consegnerà agli Uffici competenti specifica dichiarazione di Ditta specializzata nel settore di tali installazioni.

Per la prescrizione del montascale è necessario che sia **in atto un progetto terapeutico-riabilitativo** per cui tale ausilio risulti **assolutamente indispensabile** . Pertanto, in tali casi, il medico prescrittore dovrà stilare una relazione in merito al progetto medesimo. Per l'autorizzazione sarà, inoltre, necessaria una **indagine sociale preventiva** che dovrà attestare l'assoluta indispensabilità del



montascale. Appare, perciò, evidente che il montascale non deve essere inteso come mero presidio atto ad eliminare le barriere architettoniche semplicemente tanto per permettere all'assistito di poter uscire di casa ma occorre che la necessità di uscire di casa (evenienza puramente di carattere sociale) si accompagni ad un'esigenza terapeutica o riabilitativa sebbene intesa nell'accezione più ampia.

9. SOLLEVATORE MOBILE AD IMBRACATURA POLIFUNZIONALE cod.12.36.03.003:

è indicato per lo spostamento di invalidi **che non residuano alcuna capacità di spostamento autonomo.** NON è PRESCRIVIBILE ai soggetti invalidi obbligati alla degenza a letto senza soluzione di continuità (salvo situazioni caratterizzate da assoluta indispensabilità documentate da progetti terapeutici in esecuzione).



LINEE GUIDA TECNICO – OPERATIVE PER LA FORNITURA DI :

A) DISPOSITIVI PER SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE GRAVI CHE OBBLIGANO ALLA DEGENZA A LETTO SENZA SOLUZIONE DI CONTINUITÀ

1. **LETTO ORTOPEDICO cod.18.12:** è prescrivibile ad adulti invalidi ed a minori di anni 18 affetti da patologie gravi CHE OBBLIGANO ALLA DEGENZA A LETTO SENZA SOLUZIONE DI CONTINUITÀ.

2. **LETTI A MOVIMENTAZIONE ELETTRICA:** sono prescrivibili **solo a soggetti in grado di azionarli autonomamente e che non dispongono di una persona di aiuto in via continuativa.**

3. **MATERASSI ANTI-DECUBITO cod. 03.35.06:** sono prescrivibili ad adulti invalidi ed a minori di anni 18 affetti da patologie gravi CHE OBBLIGANO ALLA DEGENZA SENZA SOLUZIONE DI CONTINUITÀ. Sono ausili **idonei all'utilizzo su letti normali od ortopedici.** In altre parole, non necessariamente tale ausilio va prescritto contemporaneamente anche al letto ortopedico.

AUSILI PER LA STABILIZZAZIONE E SISTEMI DI POSTURA

Per quanto riguarda **i dispositivi protesici per la mobilità e la posizione seduta** di cui all'elenco n.1 del D.M. n.332\99, specie se allestiti con dispositivi aggiuntivi e complementari, essi si devono considerare come presidi aventi una funzione ben definita e diversa da altro presidio similare. **È ammessa la prescrizione anche simultanea di più presidi di tal genere a condizione che abbiano finalità riabilitativa o di recupero differenziate.**

In questi casi il medico specialista prescrittore **DOVRÀ RELAZIONARE IN MERITO e DOVRÀ MOTIVARE LA PRESCRIZIONE DI DISPOSITIVO SIMILARE** per l'assistito a cui sia già stato erogato un dispositivo similare ed indicare il progetto terapeutico in atto e le diverse finalità riabilitative o di recupero differenziate dell'uno e dell'altro dispositivo. Se tale progetto terapeutico-riabilitativo non è in atto, né esiste non si potrà rilasciare alcuna prescrizione.

Progetti terapeutico-riabilitativi di mantenimento rappresentano anch'essi situazioni limite alla prescrizione di tali dispositivi. Tenendo conto della complessità tecnico strutturali di tali ausili, su



misura per gli assistiti, la consegna degli stessi verrà effettuata contemporaneamente al collaudo e dovrà avvenire in presenza del tecnico della Ditta Fornitrice nonché del Medico Specialista Prescrittore del Distretto al fine di permettere eventuali modifiche o aggiustamenti del presidio, quando possibile, in tempo reale.

B) DISPOSITIVI NON PREVISTI DAL NOMENCLATORE TARIFFARIO

In caso di prescrizione di dispositivo non previsto dal nomenclatore tariffario ma riconducibile per omogeneità funzionale ad un dispositivo presente, il medico prescrittore dovrà specificare tale riconducibilità.

Ovviamente la riconducibilità dovrà avere una chiara rispondenza non solo nelle caratteristiche funzionali, ma anche nel costo.

In caso di prescrizione di dispositivo non previsto dal nomenclatore tariffario **l'assistito dovrà presentare agli Uffici preposti anche il preventivo di spesa e se il costo del dispositivo dovesse essere superiore a quello previsto dal nomenclatore per l'ausilio riconducibile la differenza sarà a carico dell'assistito.**

Se il valore del dispositivo riconducibile per omogeneità funzionale, invece, dovesse avere un costo nettamente inferiore a quello del dispositivo previsto dal Nomenclatore non potrà essere autorizzato l'acquisto in quanto ciò sta a significare una chiara non rispondenza e non riconducibilità.

C) AUSILI ASSORBENTI PER L'URINA

Pannolone a mutandine, pannolone sagomato, pannolone rettangolare e gli accessori per il letto e cioè le traverse assorbenti salva materasso: possono essere tra loro integrativi come da indicazione riportata nella prescrizione medica.

Il numero massimo di pezzi totali (pannoloni + traverse) prescrivibili è pari a 120 al mese.

Nel caso di prima prescrizione essa va motivata con diagnosi circostanziata derivante da una completa valutazione clinica e strumentale come pure **va motivata la prescrizione del numero massimo dei pezzi prescrivibili.**

Le traverse assorbenti salva materasso, come è implicito nella loro definizione, vanno prescritte solo a tale fine. In altre parole, non vanno prescritti ad assistiti che non risultino nelle condizioni di degenza a letto, salvo situazioni particolari in cui si dimostri la necessità.



D) DISPOSITIVI AGGIUNTIVI, PERSONALIZZATI E SU MISURA

Si raccomandano la massima attenzione, oculatezza e ponderatezza in tali prescrizioni specie per i dispositivi dell'elenco n. 1 del D.M. n.332\99, in genere **su misura**, in cui spesso **necessita la prescrizione di dispositivi aggiuntivi personalizzati** ai singoli casi.

Tali dispositivi aggiuntivi vanno prescritti solo se ritenuti dallo specialista strettamente necessari per il recupero funzionale **e se previsti per quel determinato dispositivo di base.**



LINEE GUIDA TECNICO – OPERATIVE PER LA FORNITURA DI PROTESI ACUSTICHE

Premessa

Al fine di una corretta gestione e razionalizzazione delle risorse disponibili si è reso, necessario intervenire su questo argomento in quanto l'erogazione delle protesi acustiche rappresenta per il bilancio aziendale una voce di spesa molto rilevante, a fronte di prove di efficacia discutibili.

Si è trattato, quindi, di ridefinire un processo erogativo che garantisca un'adeguata assistenza a chi, tra gli aventi diritto, ne abbia realmente necessità, limitando la concessione gratuita di un presidio alquanto oneroso a persone con deficit uditivi che compromettono in modo significativo la capacità di comunicazione, l'attitudine lavorativa e la vita di relazione.

Tale linea di comportamento concorda pienamente con quanto esplicitato sia all'art.2 punto 1 del DM 332/99, sia nel DPCM del 29 /11/01, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" ; in quest'ultimo, infatti, si prevede come livello essenziale di assistenza la "fornitura di protesi ed ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali legando, in tal modo, la fornitura di una protesi/ausilio non alla condizione di **invalidità** ma a quella di **disabilità**", intesa come limitazione alla vita di relazione (OMS 2001).

La normativa su riportata, al di là di ogni dubbio, obbliga a subordinare la fornitura di un presidio alla effettiva necessità dello stesso in rapporto ad un miglioramento, o almeno ad un contenimento delle condizioni menomanti o disabilitanti del soggetto: la condizione legale di avente diritto è, quindi, solo un requisito accessorio alla fornitura.

Questa impostazione innovativa impone alle Aziende Sanitarie una revisione del sistema, fondata sulla necessità di definire, per ciascuna esigenza riabilitativa, un'essenzialità di interventi che garantisca appropriatezza peculiare ed efficacia certa alle prestazioni erogate.

Questa *“Guida alla prescrizione e fornitura delle protesi acustiche”* è stata redatta al fine di uniformare le modalità operative riguardanti la prescrizione ed erogazione degli apparecchi acustici agli aventi diritto indicati dal D.M.332/99. Essa è rivolta agli operatori coinvolti nelle varie fasi dell'assistenza protesica, dalla prescrizione all'autorizzazione alla consegna dell'ausilio, afferenti al territorio dell'ASP in vista della predisposizione delle apposite linee-guida aziendali previste nell'art. 1 del *“Disciplinare delle modalità di erogazione dell'assistenza... ecc.”* allegato alla D.D.G. 88/2011.



Il documento è stato elaborato tenendo conto delle norme dettate dal D.M. 332/99, delle disposizioni contenute nella D.D.G. 88/2011 dell'ASP e delle indicazioni della S.I.O. Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale pubblicate in "Linee guida in tema di protesizzazione acustica dei pazienti affetti da ipoacusia non rimediabile con la terapia medica e/o chirurgica" (Argomenti di ACTA, vol.I, no.1, maggio 2007). Sono state, inoltre, confrontate le disposizioni sulla stessa materia adottate da altre ASL italiane: è emersa la preoccupazione comune di garantire appropriatezza ed efficacia alle prestazioni erogate, in considerazione anche del fatto che la spesa per le protesi acustiche rappresenta una voce molto rilevante per i bilanci aziendali.

Aventi diritto

Hanno diritto alla erogazione di protesi acustiche i minori affetti da ipoacusia, i soggetti maggiorenni riconosciuti invalidi civili con una percentuale superiore ad 1/3 con diagnosi di deficit uditivo verbalizzato sul documento di invalidità.

Sono escluse le forniture protesiche in caso di cofosi e anacusie (i vibratorii tattili sono ammissibili a contributo della LR 23/99).

Non sono a carico ASP forniture protesiche conseguenti a ipoacusie professionali (esposizione prolungata a fonti di rumore, barotraumatismi, sostanze ototossiche,..) di pertinenza I.N.A.I.L.

Si è ritenuto, inoltre, come già citato in premessa, di introdurre criteri che permettessero di valutare le difficoltà uditive non solo quantificando il grado di perdita uditiva, ma considerando anche il grado di disabilità che può presentare il paziente audioleso.

Uno schema per valutare la "**disability**" deve comprendere test diagnostici, psicocomportamentali e relazionali.

In base alla valutazione globale del paziente si possono, poi, porre percentuali limite di disability, oltre le quali è da considerarsi utile o indispensabile una protesizzazione.

In accordo con gli specialisti prescrittori, si è stabilito, pertanto, che, qualora test diagnostici, psico-comportamentali e relazionali evidenzino una disability significativa a fronte di deficit uditivi di grado medio- lieve o medio, la protesi può essere erogata con oneri a carico del S.S.N.

Per deficit acustico uguale o superiore a 65 decibel sulla media delle frequenze di 500, 1000, 2000 Hz, si ritiene superflua la valutazione della disability, in quanto tale limite dà diritto ad una percentuale di invalidità superiore ad 1/3 e, conseguentemente, all' automatica erogazione di protesi acustiche a carico del SSN, salvo in caso di provata non utilità del presidio (presbiacusia centrale o similari).



Prescrizione

La **prescrizione**, conforme a quanto disposto dall'articolo 4 del D.M. 332/99, deve essere redatta da Medici Specialisti in Otorinolaringoiatria o in Audiologia dipendenti o convenzionati dell'azienda ASP di Potenza.

Nel caso in cui la prescrizione venga effettuata da specialisti di altre aziende sanitarie regionali ed extraregionali, la stessa dovrà essere valutata ed eventualmente convalidata dal medico specialista dell'ASP sopra ricordato.

La prescrizione, conforme a quanto disposto dall'articolo 4 del D.M. 332/99, deve scaturire da una attenta valutazione clinica e strumentale documentabile attraverso:

- **l'esame audiometrico tonale liminare** e, qualora l'età, lo stato psico-neurologico, il livello di collaborazione e la soglia audiometria tonale lo permettano, una o più prove sopraliminari per la determinazione del recruitment;
- **l'esame audiometrico vocale**, anche in campo libero con o senza mascheramento, con la determinazione della curva di articolazione o intelleggibilità, qualora le condizioni di cui al punto precedente lo consentano;
- **l'esame audiometrico obbiettivo** (potenziali evocati uditivi). Tale esame è facoltativo, ma può sostituire totalmente l'audiometria tonale nei casi di impossibilità di esecuzione o di inattendibilità di quest'ultima. Le prove sopraliminari tonali possono essere sostituite, qualora possibile, dal rilievo dei valori della riflessometria stapediale.

Tutti gli esami sopraelencati devono essere eseguiti in ambiente adeguatamente insonorizzato e da personale dotato di specifica competenza (tecnici di audiometria e medici specialisti).

La prescrizione deve essere effettuata **sull'apposito modulo predisposto dall'ASP (MOD.A)**. Esso consta di quattro fogli uguali stampati su carta autocopiante: il primo "originale da allegare alla fattura", il secondo "copia per l'azienda sanitaria locale", il terzo "copia per l'officina", l'ultimo "copia per il paziente". Il modulo è diviso in cinque sezioni:

- 1) Prescrizione,
- 2) Preventivo,
- 3) Autorizzazione,



4) Dichiarazione di collaudo favorevole,

5) Dichiarazione di ricevuta e di gradimento.

Il medico prescrittore deve compilare la prima sezione indicando le generalità del paziente (nome e cognome, luogo e data di nascita, residenza), la diagnosi circostanziata della patologia da cui è affetto, il tipo di protesi acustica da erogare con i corrispondenti codici identificativi del Nomenclatore Tariffario.

La protesizzazione acustica deve essere di norma binaurale nelle ipoacusie bilaterali in quanto migliora l'ascolto direzionale, il guadagno acustico complessivo e la discriminazione del parlato in ambiente rumoroso. La protesizzazione monoaurale è riservata ai soli casi di pressoché totale assenza dei residui uditivi su un lato o nei casi in cui non sia possibile la protesizzazione binaurale.

Sarà, poi, necessario seguire il paziente non solo al momento del collaudo, ma, anche, successivamente per impostare un programma riabilitativo che valuti l'uso corretto della protesi e, attraverso il controllo foniatrico - logopedico, le abilità percettive, ciò al fine di aumentare l'accettazione e l'utilizzo dell'ausilio.

Dal programma terapeutico deve emergere il grado qualitativo e quantitativo del miglioramento dell'ipoacusia mediante verifica del miglioramento della discriminazione vocale e della disability.

Demenza senile grave e M. di Alzheimer ed inoltre contrarietà assoluta alla protesi rappresentano controindicazioni alla protesizzazione.

Si prevede un'attività di monitoraggio a campione sull'effettivo utilizzo delle protesi, anche come verifica dell'appropriatezza della prescrizione.

Riconducibilità

Il D.M.332/99 all'art. 1 comma 5 prevede la possibilità che il paziente scelga un presidio riconducibile per omogeneità funzionale. Sono da considerarsi riconducibili gli apparecchi acustici che possiedono un minimo di 4 regolazioni e/o siano programmabili (tramite interfacce apposite e computer o computer dedicati o programmatori specificatamente costruiti), telecomandabili, automatici o adattivi. La prescrizione deve indicare con chiarezza che si tratta di una fornitura riconducibile perché questa segue un iter amministrativo diverso.

Allegato 1. Parte integrante della prescrizione della protesi acustica è la compilazione della prima parte dell'allegato "Prescrizione protesi acustica e programma terapeutico", che contiene le



informazioni sui caratteri audiometrici dell'ipoacusia, l'anamnesi audiologica, l'anamnesi protesica e altre informazioni che non trovano posto nel modulo principale (MOD.A) sopra descritto.

Autorizzazione

L'autorizzazione alla fornitura è rilasciata dall'ASP tramite il Distretto Sanitario a cui afferisce il Comune di residenza dell'assistito. Il medico autorizzatore verifica

- a) lo stato di avente diritto del richiedente,
- b) la corrispondenza tra la prescrizione medica e i dispositivi codificati dal Nomenclatore,
- c) la corrispondenza del preventivo della ditta fornitrice, indicato nella sezione 2 del modulo (MOD.A) e la quota stabilita dall'ASP per l'ausilio prescritto,
- d) in caso di fornitura in riconducibilità, l'indicazione nel preventivo della quota a carico della ASP e, separatamente, di quella a carico dell'assistito,
- e) in caso di riparazione, la corrispondenza della matricola dell'apparecchio in questione con quello fornito dalla Asl,
- f) nel caso di forniture successive alla prima, il rispetto delle modalità e dei tempi di rinnovo.

La funzione del medico autorizzatore è una puntuale verifica e controllo delle indicazioni, diagnosi e prescrizione del sussidio, con assunzione di piena responsabilità in ordine alla concessione del medesimo.

In sede di tale verifica dovrà essere effettuata anche una corretta valutazione critica del rapporto tra prevedibili benefici e costi sostenuti su base documentale (diagnosi audiologica nella sua completezza); in carenza di documentazione, l'autorizzatore è tenuto a richiedere tutti gli accertamenti sanitari necessari per una corretta valutazione, secondo il protocollo prima descritto.

Dovranno essere valutate dagli uffici competenti le condizioni di avente diritto e la sussistenza dei requisiti di abilitazione delle Ditte fornitrici.



L'autorizzazione è consegnata al paziente con l'elenco delle ditte autorizzate e convenzionate per la vendita dei presidi acustici (elenco fornitori). Il paziente si rivolgerà poi, a sua scelta, ad una delle ditte in elenco.

In caso di fornitura in riconducibilità, il preventivo dovrà indicare la quota a carico ASP e, separatamente, quella a carico dell'assistito e dovrà essere accompagnato da una specifica delle caratteristiche tecniche che determinano la riconducibilità dell'apparecchio.

Si precisa che

- in relazione al punto a.

- hanno diritto alla erogazione di protesi acustiche (residenti nel territorio dell'ASP)
 1. i minori affetti da ipoacusia,
 2. i soggetti maggiorenni riconosciuti invalidi civili con una percentuale superiore a 1/3 con **diagnosi di deficit uditivo verbalizzato sul documento di invalidità;**
- sono escluse le forniture protesiche in caso di cofosi e anacusie;
- non sono a carico ASL le forniture protesiche agli affetti da ipoacusie professionali (esposizione prolungata a fonti di rumore, barotraumatismi, sostanze ototossiche, ...) di pertinenza I.N.A.I.L.

- in relazione al punto f. - tempi minimi di rinnovo

Anche il rinnovo delle forniture di protesi acustiche deve scaturire da una valutazione audiologica completa e non essere considerato una procedura automatica sulla base della prescrizione precedente.

Si sottolinea, come chiaramente enunciato nel D.M. 332/99, che il tempo minimo di rinnovo stabilito in 5 anni non costituisce di per sé motivo sufficiente ad ottenere una nuova fornitura, ma deve sempre essere valutata e documentata l'effettiva necessità del rinnovo indipendentemente dalla scadenza dei 5 anni. **Il rinnovo della fornitura è subordinato alla verifica di non idoneità della protesi già in uso mediante una valutazione audiologica appropriata. Il paziente, perciò, dovrà recarsi a visita specialistica munito della protesi già in suo possesso ed eventualmente di una certificazione scritta rilasciata dalla Ditta che dichiara la non riparabilità della protesi in uso.**

Il rinnovo anticipato per smarrimento, usura, rottura accidentale, impossibilità tecnica alla riparazione, può essere autorizzato una sola volta; si raccomanda di informare correttamente il paziente.



Fornitura e applicazione degli apparecchi acustici

La ditta fornitrice, liberamente scelta dall'utente, provvede alla consegna dell'apparecchio. L'applicazione è compito del tecnico audioprotesista che procede secondo l'iter disposto dal D.M.332/99:

1. prove preliminari atte ad individuare il campo dinamico residuo per la scelta del modello di protesi più adatto, nonché il rilevamento dell'impronta del condotto uditivo nei casi di applicazione per via aerea;
2. adattamento alla protesi secondo le procedure previste al punto C del capitolo "Ausili per l'udito" del DM 332/99.
3. addestramento all'utilizzo e manutenzione della protesi, assistenza iniziale e verifica longitudinale di efficienza a scadenze prefissate.

Le Ditte fornitrici devono consegnare la scheda tecnica della protesi acustica fornita e, nel caso di protesi riconducibile, anche la fotocopia della scheda tecnica del produttore.

Collaudo

Il collaudo deve essere eseguito, **entro 60 giorni**, alla presenza dell'utente ed eventualmente dell'audioprotesista fornitore, dallo specialista prescrittore o da un collega specialista che opera nell'ambito della stessa struttura.

Deve accertare:

- la conformità del dispositivo alla prescrizione;
- la corrispondenza dei numeri di matricola delle protesi che collauda con quelli indicati nella scheda tecnica;
- la curva di guadagno con prove audiometriche in campo libero.

(Allegato 1. Parte 2)

In caso di collaudo favorevole, lo specialista firma la sezione n.4 del modulo principale (MOD.A).

Funzioni di controllo

Ai fini di un efficace controllo, l'ASP effettua monitoraggi a campione e indagini conoscitive con questionari sull'effettivo utilizzo delle protesi acustiche fornite, sull'attività dei Centri di prescrizione e sull'assistenza erogata dalle Ditte agli utenti.

Il riscontro di gravi anomalie procedurali può comportare l'avvio del procedimento per l'eventuale esclusione dello specialista interessato dall'elenco Aziendale dei Medici Prescrittori e/o della Ditta Fornitrice dall'elenco aziendale delle Imprese abilitate alla fornitura di protesi acustiche.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DI BASILICATA

Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Allegato 1. parte1

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza
Ambulatorio Specialistico di

PRESCRIZIONE PROTESI ACUSTICA PROGRAMMA TERAPEUTICO

prima prescrizione SSN

Prescrizione successiva – rinnovo SSN

Paziente:

Cognome.....

Nome.....

Luogo e data di nascita.....

Domicilio:.....



ESAME OTOSCOPICO:

Au dx.....

Au sn.....

EPOCA PRESUMIBILE DELLA SORDITA'

- Prenatale
- Perinatale
- Post-nascita

CAUSA PRESUMIBILE DELLA SORDITA'

.....

CARATTERI AUDIOMETRICI DELL'IPOACUSIA :

- bilaterale con simmetria internaurale
- bilaterale con asimmetrie apprezzabili internaurali
- monolaterale

Sono presenti residui uditivi sfruttabili su tutte le frequenze del parlato?

(da 250 Hz a 4000 Hz)

- Si No solo a Dx solo a Sn



TIPO DI IPOACUSIA:

- trasmissiva
- mista
- neurosensoriale cocleare
- neurosensoriale retro-cocleare
- percettiva a sede non definibile

ESAMI ESEGUITI PER LA VALUTAZIONE DEL DEFICIT IPOACUSICO

- audiometria tonale liminare
- audiometria tonale sopraliminare
- audiometria vocale
- impedenzometria
- potenziali evocati uditivi

SONO PRESENTI DISTURBI EVIDENTI A CARICO DI ALTRI ORGANI O APPARATI COINVOLTI NELLA COMUNICAZIONE?

- No
- psico-comportamentali
- neurologici
- malformativi
- altri organi di senso

CARATTERISTICHE DELLA PROTESI PRESCRITTA:

- DX
- SX
- gruppo 1
- gruppo 1
- gruppo 2
- gruppo 2
- riconducibile
- riconducibile
- binaurale
- monoaurale
- VA
- VO
- retroauricolare
- ad occhiale
- endauricolare
- a scatola

SI PRESCRIVONO AURICOLARI TIPO:

- rigido
- morbido



IL PROGRAMMA DI RIABILITAZIONE ACUSTICA E FONIATRICA E' STATO CONCORDATO?

- SI Con il paziente Con i familiari Con altri operatori sanitari

- NO per i seguenti motivi
.....

SE LA PRESCRIZIONE SI RIFERISCE AD UN CAMBIO O SOSTITUZIONE DI PROTESI INDICARE I MOTIVI E DICHIARARE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', CHE IL PRESIDIO NON E' PIÙ UTILIZZABILE.

.....
.....
.....

DATA

Firma del medico e timbro del presidio

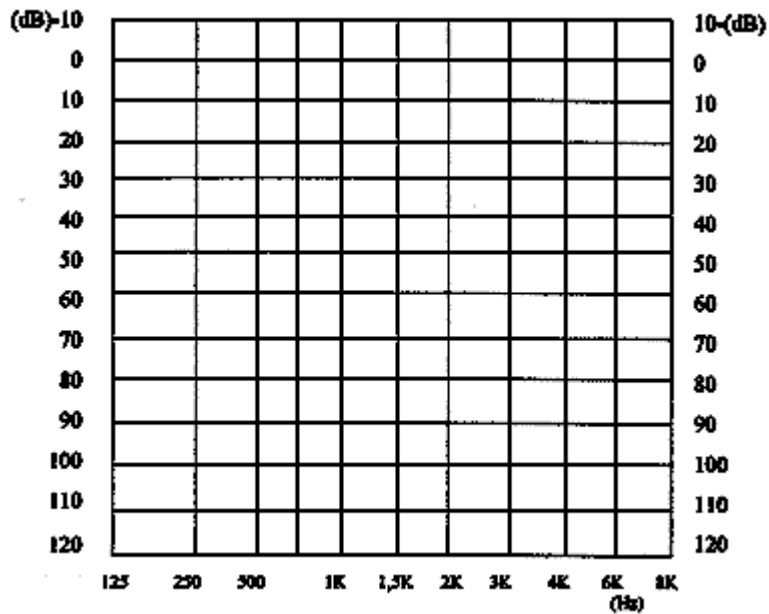


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DI BASILICATA

Azienda Sanitaria Locale di Potenza

COLLAUDO PROTESI ACUSTICA

Numero di Matricola:



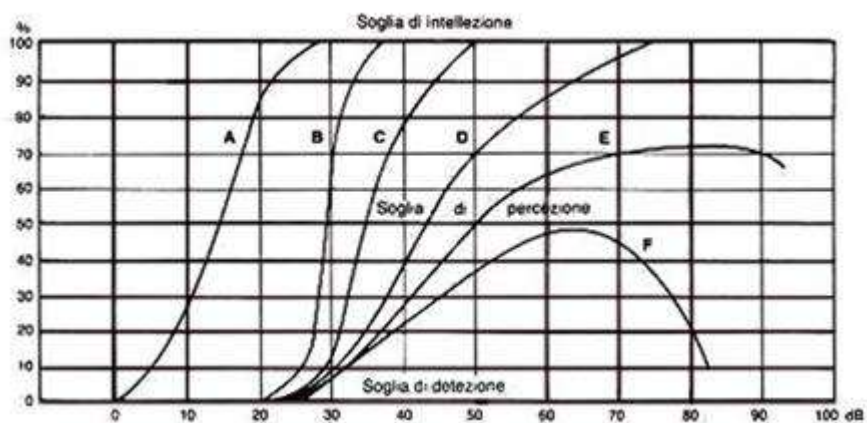
Audiometria tonale con protesi in campo libero

- Orecchio dx (rosso)
- Orecchio sx (azzurro)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DI BASILICATA

Azienda Sanitaria Locale di Potenza



Audiometria vocale con protesi in campo libero:

- Orecchio dx (rosso)
- Orecchio sx (azzurro)

Data:

LO SPECIALISTA

L'AUDIOMETRISTA



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DI BASILICATA

Azienda Sanitaria Locale di Potenza



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Ex-ASL n. 1 - Via Roma, 167 - 85029 - Potenza

Prot. N.

OGGETTO : Fornitura protesi acustica per gli assistiti di cui alla legge 30-3-1971 n. 118.
Comodato d'uso.

1) PRESCRIZIONE

Assistito nato a

il residente a

affetto da

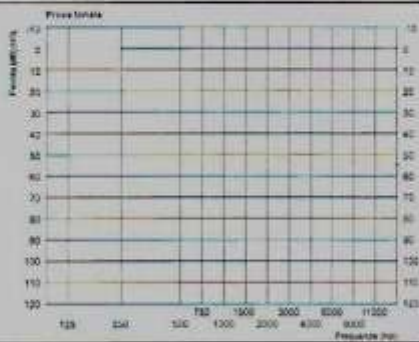
PRESCRIZIONE DI PROTESI

IL SANITARIO DELL'ENTE

LA PRESCRIZIONE DEL PRESIDIO È STATA EFFETTUATA PRESSO POLIAMBULATORIO/OSPEDALE DI:

2) PREVENTIVO

Ditta Fornitrice



TOTALE

Firma

3) AUTORIZZAZIONE

Prot. N.

Data

Azienda Sanitaria Potenza - Servizio Assistenza Sanitaria

Vista la prescrizione ed il preventivo, si autorizza la fornitura
riparazione

Il Responsabile del Servizio

per l'importo complessivo di Euro

4) DICHIARAZIONE di collaudo favorevole

Data

5) DICHIARAZIONE DI RICEVUTA E DI GRADIMENTO
(L'INTERESSATO o chi ne fa le veci)

IL MEDICO

ORIGINALE DA ALLEGARE ALLA FATTURA



LINEE GUIDA OPERATIVE PER LA FORNITURA DI PLANTARI E CALZATURE ORTOPEDICHE

PREMESSA

L'Azienda Sanitaria si pone l'obiettivo di darsi regole certe e condivise per l'erogazione di scarpe e plantari, attività questa di assoluta rilevanza sia per l'entità, della voce di spesa, significativa per il bilancio aziendale, sia per elementi di inappropriata a volte rilevati nelle prescrizioni.

Si è, pertanto, individuato un percorso di collaborazione tra ASP e Medici Specialisti che potesse approdare alla definizione di "linee guida" per la fornitura di scarpe e plantari, condivise da tutti i partecipanti e basate sull'evidenza scientifica.

Sono stati individuati i seguenti obiettivi prioritari:

- ❖ fornire a tutti gli Specialisti prescrittori dell'Azienda uno strumento utile a migliorare la qualità della prescrizione in termini di appropriatezza, con ricadute positive anche sulla razionalizzazione delle risorse disponibili;
- ❖ garantire l'omogeneità delle procedure autorizzative/erogative nei confronti degli aventi diritto.

Pertanto, sono di seguito riportate le indicazioni utili finalizzate alla prescrizione appropriata di plantari e calzature ortopediche.

Le prescrizioni, che non ricadono nelle condizioni esposte, devono essere dettagliatamente motivate dal medico proscrittore.

ALCUNE DEFINIZIONI E CLASSIFICAZIONI D' INTERESSE



Per quanto attiene la prescrizione di plantari e calzature, si procede con una breve illustrazione dei concetti di:

- A. PIEDE PATTO
- B. PIEDE CAVO
- C. GINOCCHIO VARO E GINOCCHIO VALGO

A. PIEDE PIATTO

Il piede piatto (dal latino *pes planus*) è un'alterazione di tipo morfologico del piede caratterizzata dal valgismo del retro piede e da una riduzione dell'arcata plantare (figura 1).

In letteratura sono descritti due tipi di piede piatto: congenito/essenziale e secondario; quest'ultimo a disfunzione del muscolo tibiale posteriore per fratture, lacerazioni tendinee, artrite reumatoide, neuropatia (es. nel piede diabetico).

Il piede piatto congenito/essenziale è di rilevante importanza da un punto di vista epidemiologico, perciò viene preso in considerazione come oggetto principale di queste linee guida.

Sulla base di un criterio cronologico, il piede piatto congenito/essenziale viene diviso in due forme :

- Piede lasso dell'infanzia: tra 3° e 6° anno di vita, di norma asintomatico;
- Piede piatto dell'adolescenza: tra il 6° e il 13° anno di vita, che a sua volta può essere :
 - asintomatico (piede piatto funzionale, evidente solo sotto carico)
 - sintomatico (piede piatto contratto e piede piatto strutturato)

La discriminante tra piede piatto asintomatico e sintomatico è la presenza di dolore o di disturbi funzionali.

La Sindrome pronatoria può avere origine da:

- cause podaliche (intrinseche)
 1. retropiede varo,
 2. retropiede valgo,
 3. avampiede varo,
 4. avampiede valgo,
 5. equinismo osteoarticolare
- cause sovrapodaliche (estrinseche):
 1. tibia vara,

2. ginocchio varo,
 3. ginocchio valgo,
 4. intrarotazione femorale e tibiale
 5. extrarotazione femorale e tibiale
- cause neuro muscolari:
 1. brevità, ipertono, retrazione tricipite surale
 2. paralisi o lesioni traumatiche del tibiale posteriore, altre.

Dall'analisi degli studi di letteratura condivisi si evidenzia che :

- Il piattismo plantare asintomatico può essere ritenuto una variante anatomica di un piede a tutti gli effetti normale.
- Il piede piatto lasso dell'infanzia è l'espressione morfologica di un momento evolutivo del piede, destinata ad assumere spontaneamente nell'80% dei casi un aspetto normale verso il 6° anno di vita.
- Del restante 20% la gran parte è destinata a normalizzarsi in un periodo di tempo più lungo e, alla fine dell'accrescimento diventare, un piede "normale".

Solo l'1-5% tende a restare un piede piatto-valgo, questo non significa ancora che siamo in presenza di un piede patologico, trattandosi generalmente di un piede piatto morfologico o flessibile.

Possiamo parlare di patologia solo in presenza di disturbi funzionali e dolore, manifestazioni che riconducono a dismorfismi o anomalie dell'apparato muscolo scheletrico.

Figura 1:

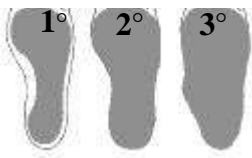


Il piede piatto può essere valutato in gradi a seconda dell'entità della deformazione (figura 2):

E cioè:

- I grado, piede in cui l'istmo fra l'avampiede e il tallone è leggermente più ampio della norma;
- II grado, piede in cui tutta la pianta, salvo una piccola semiluna mediale è a contatto con il suolo e la forma del calcagno è tozza e arrotondata;
- III grado, piede in cui l'impronta del bordo mediale del piede sopravanza il limiye mediale dei talloni con una larga semiluna. Il piede di III grado richiede un approfondimento mediante uno studio radiografico, per un'eventuale indicazione chirurgica.

STADIAZIONE PIEDE PIATTO (FIGURA 2)



1° grado: istmo superiore ad $\frac{1}{2}$ del tallone anteriore

2° grado: volta plantare completamente scomparsa

3° grado: istmo è maggiore del tallone e posteriore

B. PIEDE PIATTO CAVO

Il piede cavo (figura 3 e 4) è una deformità del piede, caratterizzata da una esagerata concavità dell'arcata plantare con conseguente prominenza dorsale, e da un atteggiamento a griffe delle dita. Si viene a creare così una torsione del piede astragalico sul piede calcaneare e conseguente varismo del retro piede. E' una patologia molto diffusa, più del piede piatto; predilige il sesso femminile nel quale può manifestarsi anche precocemente.

In letteratura sono descritti tre tipi di piede cavo: neurologico, essenziale e secondario

- **Piede cavo neurologico** è dovuto ad uno squilibrio muscolare in patologie neurologiche che provocano paralisi del muscolo o contrattura dell'antagonista; si osserva un piede cavo nella paralisi poliomiolitica, nella paralisi spastica, nella malattia di FRIEDREICH, nella malattia di CHARCOT-MARIE-TOOTH ecc.
- **Piede cavo essenziale** è determinato da un aumento dell'arcata plantare e dall'assenza totale di patologia.

Generalmente il piede cavo origina:

1. negli sportivi;

2. nel caso di utilizzo di una calzatura troppo corta (piegamento ad uncino delle dita ed incavo dell'arco);
3. nel caso di utilizzo di un tacco troppo alto (aumento del tono muscolare della pianta dei piedi e con punte strette e griffe digitali);
4. nel caso di utilizzo di scarpe troppo rigide tipo antinfortunistica, rivestite di acciaio (impedendo la flessione plantare);
5. nel caso di utilizzo di ortesi plantari realizzate con un arco plantare troppo elevato (con conseguenze esposte al punto 3)

- **Piede cavo secondario** conseguente a processi ischemici; distruzioni articolari provocate dall'artrite reumatoide; callo vizioso di una frattura (post-traumatico) ecc.

Le cause estrinseche sopra riportate non provocano l'instaurarsi del piede cavo se non quando agiscono su una pianta predisposta, facendo scattare uno squilibrio latente o aggravandone uno pre esistente.

Figura 3



Figura 4: Stadiazione del piede cavo

STADIAZIONE DEL PIEDE CAVO



1° grado: istmo inferiore ad 1/3 del tallone anteriore

2° grado: istmo interrotto

3° grado: appoggio solo sul tallone anteriore e sul tallone posteriore

*L'attrezzatura minima di cui deve essere dotato un ambulatorio specialistico per la prescrizione di plantari e calzature ortopediche è rappresentata dal **PODOSCOPIO**, strumento indispensabile per stabilire il grado di piattismo o di cavismo e, quindi, per applicare i criteri prescrittivi contenuti nel presente documento.*



C. GINOCCHIO VARO E GINOCCHIO VALGO

Le deformità angolari degli arti inferiori sono molto comuni durante l'infanzia.

Le più comuni sono il ginocchio valgo (*genu Valgum*) e il ginocchio varo (*Genu Varum*).

Il ginocchio valgo è quella condizione in cui l'asse del femore e quello della tibia formano un angolo aperto in fuori, angolo di valgismo da cui prende nome la deformità, per cui le ginocchia si toccano tra loro mentre i piedi si allontanano.

Nel ginocchio varo al contrario l'asse femoro-tibiale forma un angolo aperto all'interno, per cui le ginocchia si allontanano tra loro anche a piedi uniti.

Nella maggior parte dei casi si tratta di una condizione assolutamente benigna, rappresentando solo una variazione dei tempi di maturazione scheletrica del bambino.

Compito del medico sarà quello di diagnosticare una condizione benigna escludendo condizioni più serie, che solitamente si associano a sindromi e malattie sistemiche, riconoscibili dalla presenza di dolore e debolezza articolare, da importanti gradi di deformità e spesso da asimmetrie degli arti.

Le variazioni durante l'accrescimento.

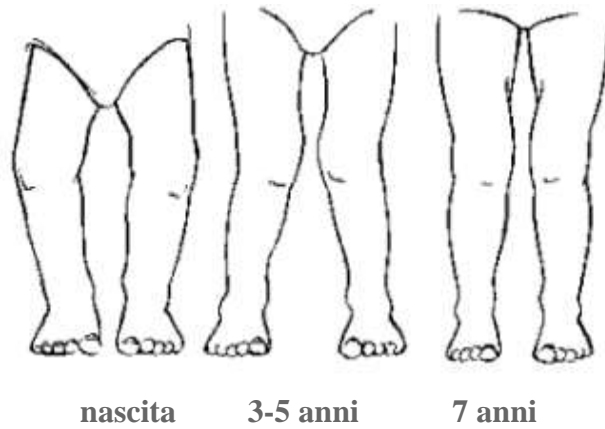
Alla nascita il bambino si presenta con un varismo importante.

Con la crescita, le ginocchia si raddrizzano gradualmente fino ai 18 mesi.

Con l'ulteriore sviluppo deviano in valgismo arrivando al massimo grado intorno ai 3-4 anni.

Dai sette anni in poi l'angolo di valgismo (angolo tibio-femorale) torna ai valori dell'adulto normale e cioè di 5-7 gradi (figura 5).

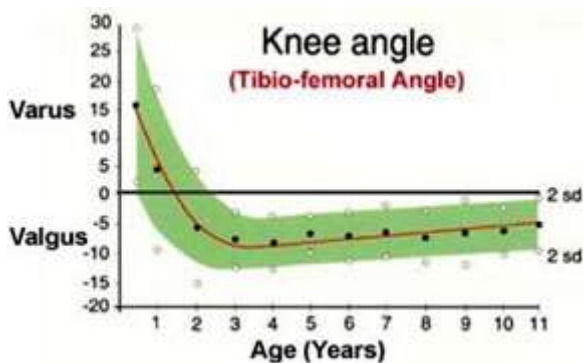
Figura 5



Per la valutazione del significato fisiologico o meno dei valori dell'angolo Q o angolo femoro-tibiale può essere utile il ricorso al grafico di *Salenius e Vanca*, che permette la correlazione tra l'età del bambino e i valori angolari del ginocchio (figura 6).

Nella maggior parte dei casi, infatti, la deviazione assiale è assolutamente fisiologica, rientrando nel *range* previsto dalla curva di accrescimento.

Figura 6



Mentre il ginocchio varo si corregge spontaneamente di solito dopo il 18° mese di età, il ginocchio valgo, anche grave, tende a correggere spontaneamente entro i dieci anni di età.

Una delle più frequenti cause di valgismo moderato-grave è il sovrappeso.

Un valgismo moderato-grave che persista dopo i 7 anni dovrà essere trattato.



CRITERI PRESCRITTIVI DI PLANTARI E CALZATURE ORTOPEDICHE¹

MINORI ANNI 18

Ai fini dell'erogazione a carico del SSN, i **criteri** emersi dal gruppo di lavoro **per l'appropriatezza prescrittiva di plantari e di calzature ortopediche, in pazienti minori di 18 anni**, sono di seguito riportati.

- I **plantari**, quali ortesi finalizzate alla correzioni delle deformità o malformazioni del piede (come sostegno delle volte plantari: longitudinale e trasversale o di scarico di punti dolenti), sono spesso utilizzati, nel piede piatto e nel piede cavo dell'età evolutiva.

I Plantari si possono prescrivere nei seguenti casi:

1. piede piatto di 3° grado
2. piede piatto doloroso e contratto
3. piede cavo di 2° - 3° grado sintomatico

I Plantari non si possono prescrivere nei seguenti casi:

1. piede piatto lasso di 1° e 2° grado asintomatico;
 2. piede piatto di 3° grado al di sotto dei 4 anni;
 3. oltre i 10 anni (ad eccezione di casi con particolari condizioni cliniche, che vanno dettagliatamente relazionate).
- Le **calzature ortopediche** comprendono:
 - Calzature ortopediche predisposte di serie
 - Calzature ortopediche su misura

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 sulla 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, come già precedentemente esposto, non possono essere considerate patologiche le distanze intermalleolari e intercondiloidee inferiori a 5 cm e gli angoli femoro-tibiali di valore inferiore a 15°.

Per quanto riguarda la prescrizione di calzature su misura, si sottolinea che la stessa è indicata SOLO in caso di:

- PATOLOGIE NEUROLOGICHE CENTRALI E PERIFERICHE
- PATOLOGIE MALFORMATIVE (ESCLUSO IL PIEDE PIATTO)
- MALATTIE GENETICHE.



ADULTI INVALIDI

I criteri emersi dal gruppo di lavoro, per l'appropriatezza della prescrizione di plantari e scarpe negli **adulti**, ai fini dell'erogabilità da parte del SSN, sono:

A. Plantari: si prescrivono, in presenza di dolore, edema e riduzione delle distanze percorse, in caso di:

- Patologie ortopediche/reumatologiche (deformità da osteoartrosi/osteoartriti)
- deformità da gravi esiti fratturativi.

B. Calzature di serie associabili ai plantari: si prescrivono in caso di:

- osteoartrosi e/o osteoartriti con deformità fortemente limitanti la deambulazione,
- piede diabetico ad alto rischio di lesioni.

Un piede diabetico è considerato ad alto rischio di lesione quando presenta:

- ipercheratosi neuropatica
- diminuita sensibilità e deformità
- deformità
- evidenza di vasculopatia periferica
- precedenti ulcerazioni o amputazioni

Infatti ai pazienti con piede ad alto rischio di lesioni (piede diabetico) possono essere prescritte, se c'è indicazione, calzature ortopediche di serie e plantari specifici atti a ridurre i picchi di pressione a livello della superficie plantare del piede. Tali indicazioni sono contenute nel documento *“Standard Italiani per la cura del Diabete Mellito”, ed. 2007*, redatto dall' AMD (Associazione Medici Diabetologi) e dalla SID (Società Italiana di Diabetologia), nel *“Documento di Consenso Internazionale sul Piede Diabetico”, ed. 2003* redatto dal Gruppo di studio internazionale Piede Diabetico e dal Gruppo di studio Piede Diabetico della Società Italiana di Diabetologia, e *“Foot structure and footwear prescription in diabetes mellitus”, Bus SA, Diabetes Metab Res Rev 2008 May-Jun; 24 Suppl 1:S162-80.*

C. Calzature su misura solo se in presenza di:

- amputazioni



- disturbi neurologici deformanti (es. *Charcot-Marie-Tooth*, esiti di poliomielite, ecc.)
- deformità ortopediche tali da non consentire l'utilizzo di calzature di serie (es. piede torto congenito)

PROCEDURA PER EROGAZIONE DI PLANTARI E CALZATURE

La procedura di erogazione con oneri a carico del SSN si articola nelle seguenti fasi:

- a. formulazione del progetto riabilitativo individuale
- b. prescrizione dettagliata
- c. autorizzazione
- d. erogazione
- e. collaudo
- f. follow up

a. FORMULAZIONE DEL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

Il progetto riabilitativo individuale è formulato dal Medico Specialista dipendente pubblico e/o convenzionato, che opera in strutture a carattere residenziale convenzionate con il SSN ed iscritto in un apposito elenco gestito e aggiornato dall'ASP, in virtù della specifica competenza clinico – professionale per il trattamento protesico delle patologie del piede (fisiatri, ortopedici, diabetologi specializzati nella cura del piede diabetico). (Art. 4 comma 3 punti a, b, c, del DM 332/99)

Il progetto riabilitativo individuale deve riportare, sempre :

- l'indicazione della patologia o della lesione, che ha determinato la menomazione o la disabilità;
- una diagnosi funzionale che riporti le specifiche menomazioni o disabilità;
- la descrizione del programma di trattamento con l'indicazione degli esiti attesi in relazione all'utilizzo delle ortesi a medio e a lungo termine;
- i dispositivi necessari, i modi e i tempi d'uso, le possibili controindicazioni e i limiti di utilizzo ai fini della risposta funzionale;



- l'indicazione delle modalità di *follow up* (per il *follow up* del paziente con piede diabetico si raccomanda il rispetto delle indicazioni contenute nel già citato documento “*Standard italiani per la cura del Diabete Mellito*” e nel “*Documento di consenso internazionale sul piede diabetico*” redatto dal Gruppo di studio internazionale Piede Diabetico e dal Gruppo di studio Piede Diabetico della Società Italiana di Diabetologia).

b. PRESCRIZIONE

La prescrizione dell'ausilio/ortesi deve essere coerente con il progetto riabilitativo individuale, deve essere completato ogni campo del modulo prestampato predisposto, e deve riportare la specifica menomazione o disabilità e gli specifici codici identificativi dei dispositivi prescritti.

c. AUTORIZZAZIONE

L'erogazione della prestazione è autorizzata dalla ASP, previa verifica amministrativa della titolarità del diritto dell'assistito. **Hanno diritto alla fornitura gli assistiti residenti con invalidità riconosciuta superiore ad 1/3 per patologie correlate al dispositivo protesico. Il requisito dell'invalidità non è necessario per i minori di anni 18.**

Criticità: Presenza del progetto riabilitativo individuale e della completezza della prescrizione.

E' facoltà del medico autorizzatore, richiedere tutti gli accertamenti sanitari (per es. ulteriore consulenza specialistica), necessari per una corretta valutazione ed anche di non accettare prescrizioni specialistiche incomplete.

d. FORNITURA

L'ASP assicura l'erogazione di scarpe ortopediche e plantari avvalendosi di Specialisti accreditati presso le Regioni e/o le AASSLL territorialmente competenti. Tutti i fornitori devono essere inseriti nell'Albo Aziendale dei fornitori di presidi protesici.

I requisiti essenziali per l'accreditamento dei fornitori di scarpe e plantari con conseguente iscrizione nell'Albo delle imprese abilitate sono i seguenti:



a) Presidi su misura dell'elenco 1 del nomenclatore tariffario:

- Iscrizione al Ministero della Salute ai sensi dell'art. 1, comma 170, L 30/12/04 n. 311
- Iscrizione al registro regionale degli erogatori dei dispositivi protesici, di cui all'elenco 1 del D.M. 332/99, comprensivi dei dispositivi definiti su misura.

b) Presidi di serie predisposti dell'elenco n. 2 del nomenclatore tariffario:

- Presenza di un tecnico abilitato operante in nome e per conto del fornitore mediante un rapporto di dipendenza o professionale che ne assicuri la presenza per un orario tale da garantire la fornitura dei dispositivi entro i tempi previsti dal DM 332/99;
- Autorizzazione all'immissione in commercio, alla distribuzione o alla vendita ai sensi della normativa vigente;
- Sottoscrizione del contratto di adesione con particolari condizioni di fornitura previsto dalla Regione ai sensi dell'allegato A alla deliberazione della Giunta Regionale 07/04/00 "Determinazioni in merito all'assistenza protesica a seguito del recepimento del DM 332/99 e modalità di erogazione".

Ai requisiti essenziali vanno aggiunti i requisiti organizzativi e strutturali, indicatori della qualità del servizio erogato così come elencati nell'allegato 1 "Verbale di sopralluogo per fornitori di dispositivi protesici (Ortopedie)".

E' garantita la libertà dell'assistito di scegliere il fornitore di scarpe e plantari tra quelli accreditati.

Il mantenimento della qualità del servizio erogato dai fornitori è periodicamente verificata dalla Commissione ASP deputata al controllo.

Allo scopo di permettere alla suddetta Commissione le opportune verifiche, le officine ortopediche dovranno conservare la forma o il calco positivo in gesso utilizzati per la costruzione delle ortesi per il tempo indicato dalla normativa vigente.

e. COLLAUDO

Il collaudo è l'ultima fase del procedimento di concessione degli ausili.

Le procedure di collaudo, aventi valenza sia clinica che medico-legale, sono avviate dopo la consegna del prodotto.



Lo specialista prescrittore, responsabile della conduzione del progetto riabilitativo individuale, unitamente all'equipe multidisciplinare, esegue il collaudo dei dispositivi prescritti.

Il collaudo consiste in una valutazione clinico funzionale volta ad accertare la corrispondenza del dispositivo erogato a quello prescritto e la sua efficacia per lo svolgimento del programma. (per le **calzature ortopediche su misura** sulla **linguetta** è presente una **appendice staccabile** in cui è riportato il n° di matricola mese e anno di autorizzazione e timbro del laboratorio ortopedico; la stessa una volta staccata da parte dello specialista **andrà allegata alla pratica di autorizzazione e collaudo e restituita al Distretto di competenza**).

Il DM 332/99 prevede l'effettuazione del collaudo entro 20 giorni dalla data di consegna, dopodiché, sussiste da parte del fornitore la possibilità di richiedere il pagamento della fornitura pur in assenza di collaudo. Tale evenienza, tuttavia, non fa venir meno l'obbligo da parte dell'assistito di sottoporre a collaudo il presidio erogato.

L'obbligo di recarsi dal prescrittore per l'effettuazione del collaudo, non può essere in alcun modo delegato alla ditta fornitrice o ad altri soggetti.

Al momento del collaudo dei plantari e delle calzature su misura, lo Specialista è tenuto a chiedere il progetto di realizzazione del tecnico ortopedico, in allegato agli atti.

Per quanto concerne l'erogazione di scarpe e plantari, in particolare, il collaudatore è tenuto ad accertare quanto segue:

- 1) per i prodotti di serie o predisposti: **marcatatura e dichiarazione di conformità CE** così come previsto dalla vigente normativa in materia di dispositivi medici;
- 2) per i dispositivi su misura:
 - dichiarazione ai sensi dell'allegato VIII del D.Lgs n. 46 del 24/02/1997;
 - **apposizione, in modo visibile e indelebile, del numero di matricola, con mese e anno di dell'autorizzazione, impresso in modo visibile ed indelebile in un punto non asportabile e non soggetto a logorio (art. 7 DM 332/99).**

Qualora il collaudo accerti la mancata corrispondenza alla prescrizione o l'inidoneità tecnico – funzionale del dispositivo, questo è da considerarsi negativo e deve essere chiaramente motivato al fornitore, che è tenuto ad apportare le necessarie modifiche o sostituzioni. L'esito di un collaudo negativo va necessariamente verbalizzato e fatto pervenire tempestivamente sia alla ditta interessata sia al competente ufficio ASL.



f. RINNOVI

I tempi minimi di rinnovo prevedono:

- per i minori di 18 anni massimo due forniture all'anno
- per gli adulti una prescrivibilità ogni 12 mesi in soggetti deambulanti con grave difficoltà della marcia tali da comportare notevole usura e ogni 18 mesi in soggetti non deambulanti e con gravi deformità ai piedi.

Alla scadenza del tempo minimo di rinnovo, il prescrittore è tenuto alla verifica delle condizioni di usura delle calzature in uso, astenendosi dal procedere con nuova prescrizione in caso di possibile utilizzo delle stesse. Pertanto, il prescrittore è tenuto a chiedere la visione delle calzature precedentemente fornite al fine di poterne controllare lo stato. Gli Uffici di Protesica aziendale a loro volta procederanno con verifiche a campione della pedissequa osservanza di quanto disposto.



PROGRAMMA TERAPEUTICO PER L'EROGAZIONE DI FORNITURE PROTESICHE

COMPILATO IN DATA ____/____/____

ASSISTITO:

COGNOME _____ NOME _____

NATO IL |_|_|_|_|_|_|_|

1) VALUTAZIONE CLINICA E STRUMENTALE:

a) Sintesi dell'analisi funzionale

b) Esami strumentali effettuati

2) DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA:

3) SIGNIFICATO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO:



4) RINNOVO:

Verificato che l'ausilio in uso non è riparabile, si precisa il motivo del rinnovo

5) TEMPI DI IMPIEGO

- Ore nella giornata _____

- Giorni nella settimana _____

- Altro _____

6) MODALITA' DI CONTROLLO

- Data 1° controllo ____/____/____

-Data controllo successivo ____/____/____

- Altro _____

TIMBRO DELLA STRUTTURA DI
APPARTENENZA DEL MEDICO
PRESCRITTORE

(obbligatorio)

IL MEDICO PRESCRITTORE

(firma)

(codice prescrittore)



Allegato 2

FAC SIMILE VERBALE COLLAUDO NEGATIVO

Alla Ditta

All'Ufficio Protesi

di _____

Oggetto: collaudo fornitura protesica prot. N. del
a favore di

Con riferimento alla autorizzazione in oggetto si notifica l'esito negativo del collaudo, effettuato in data odierna, per i seguenti motivi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

variazioni da apportare:

.....
.....
.....

data

Il Medico Specialista Prescrittore (timbro e firma)
