



MODELLO DI DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'EROGAZIONE DEI DISPOSITIVI ORTOPROTESICI, OTTICI O AUDIOPROTESICI A CARICO DEL SSN

Applicare MARCA DA BOLLO (€16,00) secondo le vigenti disposizioni in materia

Al Direttore Generale Azienda ULSS n. PEC _____

Oggetto: Richiesta di autorizzazione alla fornitura di dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici a carico del SSN e all'inserimento nell'elenco regionale degli erogatori (per nuovi erogatori)

Il/la sottoscritto/a nato/a a il in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta/società (indicare ragione sociale) di cui si riportano di seguito i dati

Table with 2 columns: Field Name and Value. Fields include: Indirizzo della sede legale (via, CAP, comune), Partita IVA, Codice Fiscale, Numero REA e CCIAA, Data inizio attività, Registrazione al Ministero della Salute n°ITCA* (with note: *Ad eccezione degli erogatori dei dispositivi audioprotesici che non dispongono di codice ITCA in quanto non realizzano dispositivi su misura), Telefono, Fax, Indirizzo PEC (a cui inviare ogni comunicazione inerente la presente domanda).



| | |
|--|--|
| Indirizzo di posta elettronica (a cui inviare ogni comunicazione inerente la presente domanda) | |
| Sito web | |

CHIEDE in qualità di

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Azienda Ortopedica | <input type="checkbox"/> Azienda Ottica Optometrica | <input type="checkbox"/> Azienda Audioprotesica |
|---|---|---|

l'autorizzazione alla fornitura di dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici a carico del SSN e l'inserimento nell'elenco regionale degli erogatori

| | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sede Operativa | <input type="checkbox"/> Filiale |
|---|----------------------------------|

ANAGRAFICA

| | |
|--|--|
| Denominazione - Insegna | |
| Indirizzo (via, CAP, Comune) | |
| Cognome e Nome Referente* <small>Se i recapiti del referente della sede operativa/filiale sono diversi da quanto sopra riportato specificare di seguito</small> | |
| Telefono | |
| Fax | |
| Indirizzo di posta elettronica e indirizzo PEC | |
| Orario di apertura al pubblico | |
| Sito web | |

In caso di sede operativa con laboratorio esterno specificare quanto di seguito

| | |
|------------------------------|--|
| Indirizzo (via, CAP, Comune) | |
| Telefono | |
| Fax | |

*sia per le sedi operative che per le filiali è necessario compilare un foglio per ciascuna unità

ATTIVITÀ E PRESTAZIONI EROGATE

(indicare gli ausili, protesi e ortesi che si intendono produrre e/o fornire)

| | | | |
|---|---|---|--------------------------|
| Elenco dispositivi prodotti e forniti (elenco 1_DM 332/99 - Ausili su misura)* | CODICI ISO | DESCRIZIONE | |
| | 03.12 | Ausili per la terapia dell'ernia | <input type="checkbox"/> |
| | 06.03 | Ortesi spinali | <input type="checkbox"/> |
| | 06.06 | Apparecchi ortopedici per arto superiore | <input type="checkbox"/> |
| | 06.12 | Apparecchi ortopedici per arto inferiore | <input type="checkbox"/> |
| | 06.18 | Protesi di arto superiore | <input type="checkbox"/> |
| | 06.24 | Protesi di arto inferiore | <input type="checkbox"/> |
| | 06.27 | Protesi cosmetiche e non funzionali di arto inferiore | <input type="checkbox"/> |
| | 06.33.06 | Calzature ortopediche su misura | <input type="checkbox"/> |
| | 06.30 | Protesi non di arto: oculari | <input type="checkbox"/> |
| Realizzazione dispositivi | Specificare se con componenti provvisti di marcatura CE e/o con materiali aventi caratteristiche e prestazioni conformi alle norme armonizzate applicabili. | | |
| Elenco dispositivi forniti (elenco 1_DM 332/99 - dispositivi di fabbricazione continua o di serie che necessitano per l'allestimento su misura della prestazione della figura professionale tecnico sanitario)* | CODICI ISO | DESCRIZIONE | |
| | 03.48 | Ausili per rieducazione di movimento, forza equilibrio | <input type="checkbox"/> |
| | 03.78 | Ausili per la rieducazione nelle attività quotidiane | <input type="checkbox"/> |
| | 06.33.03 | Calzature ortopediche di serie | <input type="checkbox"/> |
| | 12.06 | Ausili per la deambulazione utilizzati con due braccia | <input type="checkbox"/> |
| | 12.18 | Tricicli/Biciclette | <input type="checkbox"/> |
| | 12.21 | Carrozine | <input type="checkbox"/> |
| | 12.27 | Veicoli (Passeggini) | <input type="checkbox"/> |
| | 12.36 | Ausili per sollevamento | <input type="checkbox"/> |
| | 18.09.18 | Ausili per la posizione seduta: seggiolone polifunzionale | <input type="checkbox"/> |
| | 18.09.39 | Sistemi di postura modulari e su misura | <input type="checkbox"/> |
| | 21.03 | Ausili ottici | <input type="checkbox"/> |
| | 21.45 | Apparecchi acustici | <input type="checkbox"/> |

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



| | | | |
|---|---|---|--------------------------|
| Elenco dispositivi prodotti e forniti (elenco 1_Allegato 5 al DPCM 12.1.2017 - Ausili su misura)** | CODICI ISO | DESCRIZIONE | |
| | 04.06 | Ausili per la terapia circolatoria | <input type="checkbox"/> |
| | 06.03 | Ortesi spinali | <input type="checkbox"/> |
| | 06.06 | Ortesi per arto superiore | <input type="checkbox"/> |
| | 06.12 | Ortesi per arto inferiore | <input type="checkbox"/> |
| | 06.18 | Protesi di arto superiore (ULPS) | <input type="checkbox"/> |
| | 06.24 | Protesi di arto inferiore (LLPS) | <input type="checkbox"/> |
| | 06.30 | Protesi non di arto (protesi oculari su misura) | <input type="checkbox"/> |
| | 06.33 | Calzature ortopediche | <input type="checkbox"/> |
| | 12.27 | Sedie da trasporto | <input type="checkbox"/> |
| 18.09 | Sedute e sistemi di seduta speciali | <input type="checkbox"/> | |
| 22.03 | Ausili ottici correttivi su misura | <input type="checkbox"/> | |
| Realizzazione dispositivi | Specificare se con componenti provvisti di marcatura CE e/o con materiali aventi caratteristiche e prestazioni conformi alle norme armonizzate applicabili. | | |
| Elenco dispositivi prodotti e forniti (elenco 2a_Allegato 5 al DPCM 12.1.2017 - ausili di serie che necessitano della prestazione della figura professionale tecnico sanitario)** | CODICI ISO | DESCRIZIONE | |
| | 06.03 | Ortesi spinali | <input type="checkbox"/> |
| | 06.06 | Ortesi per arto superiore | <input type="checkbox"/> |
| | 06.12 | Ortesi per arto inferiore | <input type="checkbox"/> |
| | 06.33 | Calzature ortopediche | <input type="checkbox"/> |
| | 12.22 | Carrozzine | <input type="checkbox"/> |
| | 18.09 | Ausili per la posizione seduta | <input type="checkbox"/> |
| | 22.03 | Ausili per la vista | <input type="checkbox"/> |
| 22.06 | Ausili per l'udito | <input type="checkbox"/> | |

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



Da compilare solo in caso di esternalizzazione della produzione presso una ditta terza

| | CODICI ISO | DESCRIZIONE | |
|--|-------------------------------------|---|--------------------------|
| Elenco dispositivi prodotti presso ditte terze e forniti (elenco 1_DM 332/99 - Ausili su misura)* | 03.12 | Ausili per la terapia dell'ernia | <input type="checkbox"/> |
| | 06.03 | Ortesi spinali | <input type="checkbox"/> |
| | 06.06 | Apparecchi ortopedici per arto superiore | <input type="checkbox"/> |
| | 06.12 | Apparecchi ortopedici per arto inferiore | <input type="checkbox"/> |
| | 06.18 | Protesi di arto superiore | <input type="checkbox"/> |
| | 06.24 | Protesi di arto inferiore | <input type="checkbox"/> |
| | 06.27 | Protesi cosmetiche e non funzionali di arto inferiore | <input type="checkbox"/> |
| | 06.33.06 | Calzature ortopediche su misura | <input type="checkbox"/> |
| | 06.30 | Protesi non di arto: oculari | <input type="checkbox"/> |
| Elenco dispositivi prodotti presso ditte terze e forniti (elenco 1_Allegato 5 al DPCM - Ausili su misura 12.1.2017)** | CODICI ISO | DESCRIZIONE | |
| | 04.06 | Ausili per la terapia circolatoria | <input type="checkbox"/> |
| | 06.03 | Ortesi spinali | <input type="checkbox"/> |
| | 06.06 | Ortesi per arto superiore | <input type="checkbox"/> |
| | 06.12 | Ortesi per arto inferiore | <input type="checkbox"/> |
| | 06.18 | Protesi di arto superiore (ULPS) | <input type="checkbox"/> |
| | 06.24 | Protesi di arto inferiore (LLPS) | <input type="checkbox"/> |
| | 06.30 | Protesi non di arto (protesi oculari su misura) | <input type="checkbox"/> |
| | 06.33 | Calzature ortopediche | <input type="checkbox"/> |
| | 12.27 | Sedie da trasporto | <input type="checkbox"/> |
| 18.09 | Sedute e sistemi di seduta speciali | <input type="checkbox"/> | |
| 22.03 | Ausili ottici correttivi su misura | <input type="checkbox"/> | |

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

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



A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47, DPR 445/2000 e s.m.i.

consapevole delle sanzioni penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.) e consapevole della decadenza ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 dai benefici eventualmente conseguiti in seguito a provvedimenti emessi sulla base di dichiarazioni non veritiere qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni.

DICHIARA

di possedere i seguenti requisiti documentali, organizzativi e funzionali, strutturali

REQUISITI DOCUMENTALI

| | |
|--|---|
| <p>Planimetria*</p> | <p><input type="checkbox"/> Si allega planimetria firmata dall'operatore tecnico abilitato, con indicazione dei locali e/o spazi (in scala 1:50/1:100 con altezze, superfici), e con evidenziati gli accessi per i portatori di handicap, eventuali uscite di sicurezza, destinazione d'uso di ciascun ambiente.</p> |
| <p>Autorizzazione commerciale comunale ovvero data presentazione DIAP/SCIA <i>(riportare gli estremi)</i></p> | <p><input type="checkbox"/> Autorizzazione n. del Rilasciata da..... <input type="checkbox"/> DIAP/SCIA del..... Presentata a</p> |
| <p>Registro dei trattamenti*/sono presenti misure tecniche e organizzative per la protezione dei dati personali <i>*GDPR 2018 Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali e s.m.i.</i></p> | <p><input type="checkbox"/> si dichiara di essere in possesso di un registro dei trattamenti recante</p> <ul style="list-style-type: none"> - nomina del titolare/responsabile del trattamento dei dati - finalità del trattamento - categoria dei dati trattati - lettere di incarico del personale tecnico per il trattamento dati datate e firmate |
| <p>Responsabile delle procedure informatiche</p> | <p>Cognome _____ Nome _____</p> |
| <p>Documento di Valutazione dei rischi (DVR) <i>(D. Lgs. 81/2008)</i></p> | <p><input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> non presente</p> |
| <p>Documentazione per la gestione della tracciabilità del prodotto e processo <i>(da compilare esclusivamente a cura delle sedi operative)</i></p> | <p><input type="checkbox"/> si attesta l'utilizzo di fogli di lavoro che riportino:</p> <ul style="list-style-type: none"> - materiali/componenti/dispositivi utilizzati per la costruzione del dispositivo, recanti certificazioni, lotto, etc. (dove applicabile) - le operazioni effettuate per la produzione del dispositivo, recanti il nominativo/i dell'operatore/i tecnico/i che ha/hanno svolto la produzione (dove applicabile) - dichiarazione del direttore tecnico/responsabile tecnico dell'avvenuta prova del dispositivo sul paziente - controllo di qualità del processo di realizzazione del dispositivo da parte dell'operatore tecnico (dove applicabile) - dichiarazione tecnica di conformità del dispositivo alla prescrizione medico-specialistica a cura del direttore tecnico/responsabile tecnico |



| | |
|--|--|
| | <input type="checkbox"/> verifica e collaudo all'atto dell'immissione in commercio del dispositivo cura del direttore tecnico/responsabile tecnico (dove applicabile) |
| Sistema di gestione della qualità documentato e aggiornato che garantisca la conformità al regolamento MDR 2017/745 e s.m.i., riguardante tutte le parti e gli elementi dell'organizzazione del fabbricante che si occupano della qualità di processi, procedure e dispositivi <i>(obbligatorio solo per gli erogatori fabbricanti di dispositivi medici su misura)</i> | <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> non presente |
| Eventuale certificazione <i>(non obbligatoria)</i> UNI CEI EN ISO 13485:2021 – Dispositivi medici- sistemi di gestione per la qualità-requisiti per scopi regolamentari - Altra certificazione _____ | <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> non presente |
| Documentazione per la gestione della dispositivo-vigilanza secondo normativa vigente (regionale e nazionale) | <input type="checkbox"/> si dichiara di essere a conoscenza della procedura nazionale e di quella regionale per la segnalazione degli eventuali incidenti |
| Assicurazione R.C. Prodotto <i>(non obbligatoria)</i> | Polizza n°: Compagnia: Oggetto della polizza: _____ |
| Assicurazione R.C. Terzi/R.C.O. o altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera <i>(Legge n. 24 del 08/03/2017)</i> | Polizza n°: Compagnia: Oggetto della polizza: _____ |
| Assicurazione R.C. professionale del Direttore Tecnico (per le aziende ortoprotesiche) o del Responsabile Tecnico (per le aziende ottico-optometriche ed audioprotesiche) <i>(DPR 7 agosto 2012, n.137 art.5)</i> | Polizza n°: Compagnia: Oggetto della polizza: _____ |
| Assicurazione R.C. professionale operatore sanitario <i>(DPR 7 agosto 2012, n.137 art.5)</i> | Polizza n°: Compagnia: Oggetto della polizza: _____ |



Da compilare solo se in presenza di Filiale collegata ad azienda con Sede Operativa ubicata nel territorio della Regione del Veneto

| | |
|---|--|
| Sede Operativa Denominazione - Insegna | |
| Indirizzo (via, CAP, Comune) | |
| L'esercizio dell'attività nella sede operativa | <input type="checkbox"/> dotata di autorizzazione rilasciata dall'Azienda ULSS n. _____ (ai sensi del punto A dell'Allegato A alla DGR n. _____) <input type="checkbox"/> dotata di autorizzazione rilasciata dall'Azienda ULSS n. _____ (ai sensi del punto B dell'Allegato A alla DGR n. _____) |
| Indicare eventuali ulteriori sedi operative riportando le medesime informazioni | |

Da compilare solo se in presenza di Filiale collegata ad azienda con Sede Operativa ubicata nel territorio di altra regione

| | |
|--|--|
| Sede Operativa Denominazione - Insegna | |
| Indirizzo (via, CAP, Comune) | |
| L'esercizio dell'attività nella sede operativa | <input type="checkbox"/> è coerente con la normativa della Regione _____ <input type="checkbox"/> nella Regione _____ la materia non è disciplinata |
| Ufficio regionale/Ente competente | Denominazione _____ Recapiti: telefono/e-mail _____ |



Da compilare solo in caso di esternalizzazione della produzione presso una ditta terza

(in caso di più ditte terze, inserire i dati di ciascuna di esse)

| | |
|---|--|
| Ragione commerciale ditta terza | |
| Indirizzo (via, CAP, Comune) | |
| Telefono | |
| Partita IVA | |
| Numero REA e CCIAA | |
| Registrazione al Ministero della Salute n°ITCA <i>(F-ITCA se con sede legale all'estero)</i> | |
| Contratto stipulato tra la sede operativa e la ditta terza | <input type="checkbox"/> presente* <input type="checkbox"/> non presente <i>*allegare copia del contratto</i> |
| Registro delle lavorazioni esternalizzate | si attesta la presenza di un registro delle lavorazioni esternalizzate recante <input type="checkbox"/> tracciabilità dei dispositivi prodotti dalla ditta terza per l'erogatore istante <input type="checkbox"/> report annuale riassuntivo delle lavorazioni eseguite in nome e per conto dell'erogatore istante redatto e firmato dal fornitore delle lavorazioni esternalizzate <input type="checkbox"/> le attrezzature presenti presso la ditta terza delle quali dovrà essere indicato il numero di serie, marca e modello |

REQUISITI ORGANIZZATIVI E FUNZIONALI

| | | | |
|--|---|--|--|
| Cognome e Nome del Direttore Tecnico (per azienda ortopedica)/Responsabile Tecnico (per azienda ottico-optometrica ed audioprotesica)* <i>* nel caso di una filiale indicare il Direttore tecnico abilitato della Sede Operativa di riferimento</i> | Cognome _____ | | |
| | Nome _____ | | |
| Codice fiscale del Direttore Tecnico/Responsabile Tecnico | Codice fiscale _____ | | |
| Titolo/i abilitante/i del Direttore tecnico/Responsabile Tecnico | | | |
| Data e Istituto o Ateneo presso il quale è stato conseguito il titolo | | | |
| Ordine di (provincia) | | | |
| Albo di | | | |
| Numero di iscrizione all'ordine | | | |
| Aziende presso le quali il Direttore tecnico*/Responsabile Tecnico** (di cui sopra) ha maturato la sua esperienza <i>*esperienza quinquennale</i> <i>** esperienza biennale</i> | 1. _____ | Dal | al |
| | 2. _____ | Dal | al |
| | 3. _____ | Dal | al |
| | 4. _____ | Dal | al |
| | 5. _____ | Dal | al |
| Cognome Nome altro/i tecnico/i | Cognome _____ Nome _____ | | |
| Codice fiscale altro/i tecnico/i | Codice fiscale _____ | | |
| Titolo/i abilitante/i altro/i tecnico/i | | | |
| Data e Istituto o Ateneo presso il quale è stato conseguito | | | |
| Profilo professionale | <input type="checkbox"/> Tecnico Ortopedico | <input type="checkbox"/> Tecnico Ottico Optometrista | <input type="checkbox"/> Tecnico Audioprotesista |
| | | | |
| Tipologia di rapporto di lavoro del/i tecnico/i | <input type="checkbox"/> titolarità | <input type="checkbox"/> dipendenza | <input type="checkbox"/> attività libero professionale |
| | | | <input type="checkbox"/> altro Specificare _____ |



| | |
|---|---|
| <p>Acquisizione crediti formativi ECM (n° crediti/anno)*</p> <p><i>*obbligo di assolvimento del credito formativo per Tecnico Ortopedico e Audioprotesista. Crediti formativi non obbligatori per Ottico Optometrista.</i></p> | <p><input type="checkbox"/> si certifica che il personale con obbligo formativo è in regola con i crediti formativi ECM</p> <p>Il richiedente s’impegna in ogni caso a verificare nel tempo il mantenimento dell’obbligo formativo</p> |
| <p>N. totale dipendenti</p> <p><i>(tecnici, amministrativi, etc)</i></p> | |
| <p>Giorni e orari di presenza presso la Sede operativa/Filiale</p> | <p><input type="checkbox"/> Il personale tecnico opera in nome e per conto dell’azienda mediante un rapporto di titolarità, di dipendenza o di attività libero professionale, che ne assicura la presenza per l’intero orario di apertura (<i>nel caso di Sede operativa</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Il personale tecnico opera in nome e per conto dell’azienda mediante un rapporto di titolarità, di dipendenza o di attività libero professionale, che ne assicura la presenza per almeno 4 ore 3 volte alla settimana (<i>nel caso di Filiale</i>). I giorni e gli orari nei quali il personale tecnico è presente devono essere esposti in maniera chiara verso l’esterno dei locali della filiale</p> <p><input type="checkbox"/> <i>In caso di filiali ubicate in comuni, frazioni, centri abitati, quartieri periferici delle città, con discontinuità di abitanti e con popolazione non superiore a 3.000 abitanti:</i> il personale tecnico opera in nome e per conto dell’azienda mediante un rapporto di titolarità, di dipendenza o di attività libero professionale- che ne assicura la presenza per almeno ____ ore ____ volte alla settimana. I giorni e gli orari nei quali il personale tecnico è presente devono essere esposti in maniera chiara verso l’esterno dei locali della filiale</p> |
| <p>Dichiarazione del personale*</p> <p><i>* L’azienda (sede operativa e filiale) deve esporre, anche al pubblico, l’organigramma aziendale con le funzioni svolte, relativa qualifica professionale.</i></p> <p>Il personale presente in azienda espone un cartellino identificativo con la propria qualifica</p> | <p>Allegare l’Organigramma Aziendale</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> |



REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI SPECIFICI PER GLI EROGATORI DI PRESTAZIONI ORTO-PROTESICHE

| | |
|--|---|
| - In tutti i locali sono assicurate illuminazione e ventilazione adeguate in conformità a quanto indicato dal T.U. sulla salute e sicurezza sul lavoro D. Lgs.81/2008 e s.m.i. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Le zone di accesso agli utenti disabili sono prive di barriere architettoniche oppure dotate di adeguati mezzi tecnologici per il superamento delle stesse (montascale, rampe, etc.) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - I locali dedicati al rilievo delle misure, alle prove e all'applicazione dei dispositivi da erogare e il locale laboratorio sono dedicati esclusivamente al processo erogativo di soli dispositivi ortoprotesici | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente un servizio igienico, <u>dedicato agli operatori</u> , conforme ai regolamenti edilizi comunali | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: a) porta di accesso apribile verso l'esterno | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40 m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ¹ ; l'eventuale antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente un servizio igienico <u>dedicato agli utenti</u> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Questo servizio igienico è <u>dedicato esclusivamente agli utenti</u> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: a) porta di accesso apribile verso l'esterno | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40 m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ¹ ; l'eventuale antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - <i>Allegato A</i> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Questo <u>servizio igienico dedicato agli utenti coincide con quello dedicato agli operatori</u> ed è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - <i>Allegato A</i> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente un locale <u>spogliatoio</u> per gli addetti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: | |
| a) superficie in pianta non inferiore a 1,5 m ² per addetto | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) assicura l'illuminazione naturale diretta nel rapporto di 1/10 della superficie di calpestio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) è provvisto di: | |
| - ventilazione meccanica che assicura un ricambio orario di almeno 5 volumi d'aria all'ora (DGR N.1887/97) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - aerazione naturale diretta nel rapporto di 1/20 della superficie di calpestio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Il locale di vendita aperto al pubblico è dotato di: | |
| a) un'area di attesa opportunamente attrezzata con un numero congruo di sedie amovibili al fine di ospitare gli utenti in attesa dell'erogazione dell'ausilio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

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



| | |
|---|---|
| b) un'area di consegna dei dispositivi atta a consentire la tutela della privacy dell'assistito al momento della richiesta e dell'erogazione degli stessi | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente un locale ad uso ufficio, o un'area all'interno dei locali commerciali, dedicato alle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei dispositivi e la conservazione della documentazione a garanzia della tutela dei dati sensibili degli assistiti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente un locale laboratorio, distinto e separato dagli altri ² | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Il locale laboratorio presenta spazi idonei a consentire la disposizione delle attrezzature, dei macchinari e dei banchi di lavoro oltre che il loro uso in sicurezza da parte del personale | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| a) collocazione fuori terra | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b.1) dimensione minima non inferiore a 30 m ² o a 40 m ² (30 m ² + 10 m ²) (in caso di produzione di calzature e/o plantari) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b.2) dimensione minima non inferiore a 60 m ² (in caso di produzione di calzature, plantari, tutori di arto inferiore e superiore, busti per scoliosi, sistemi posturali e protesica) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) altezza interna non inferiore a 3 metri lineari (o 2,70 metri lineari in caso di deroghe) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| d) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2 metri lineari | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| e) illuminazione naturale diretta 1/10 della superficie di calpestio di cui il 50% della superficie illuminante apribile | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Il locale laboratorio è provvisto di: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| • un'area di supporto dedicata alla funzione di magazzino in cui vengono depositate e stoccate le materie prime, la componentistica ed i prodotti finiti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| • un locale attiguo (distinto dal laboratorio) con funzione di magazzino | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| che presenta le seguenti caratteristiche: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| a) dimensione non inferiore a 10 m ² (in caso di laboratorio di 30 m ²) o a 15 m ² (in caso di laboratorio di 60 m ²) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) altezza interna non inferiore a 2,40 metri lineari | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2 metri lineari | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| d) illuminazione e ventilazione naturale diretta 1/30 della superficie di calpestio (requisito richiesto solo se il magazzino è situato in un locale distinto dal laboratorio) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Area magazzino (solo per le filiali) È presente un locale o area adeguati destinati allo stoccaggio della merce | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente un locale "prova utenti" nel quale vengono effettuati i rilievi delle misure, le prove e l'applicazione dei dispositivi agli assistiti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Esso presenta le seguenti caratteristiche: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| a) dimensione non inferiore a 9 m ² | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) altezza interna non inferiore a 2,70 metri lineari | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) è provvisto di: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - illuminazione e ventilazione naturale diretta 1/10 ed 1/20 della superficie di calpestio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - illuminazione e ventilazione artificiale | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

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



REQUISITI MINIMI STRUTTURALI PER GLI EROGATORI DI PRESTAZIONI OTTICHE OPTOMETRICHE

| | |
|--|---|
| - In tutti i locali sono assicurate illuminazione e ventilazione adeguate in conformità a quanto indicato dal T.U. sulla salute e sicurezza sul lavoro D. Lgs.81/2008 e s.m.i. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Le zone di accesso agli utenti disabili sono prive di barriere architettoniche oppure dotate di adeguati mezzi tecnologici per il superamento delle stesse (montascale, rampe, etc.) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - I locali dedicati al rilievo delle misure, alle prove e all'applicazione dei dispositivi da erogare e il locale laboratorio (laddove presente) sono dedicati esclusivamente al processo erogativo di soli dispositivi ottici | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente un servizio igienico, <u>dedicato agli operatori</u> , conforme ai regolamenti edilizi comunali | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: | |
| a) porta di accesso apribile verso l'esterno | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ³ ; l'eventuale antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente un servizio igienico <u>dedicato agli utenti</u> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Questo servizio igienico è <u>dedicato esclusivamente agli utenti</u> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: | |
| a) porta di accesso apribile verso l'esterno | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40 m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ³ ; l'eventuale antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - <i>Allegato A</i> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Questo <u>servizio igienico dedicato agli utenti coincide con quello dedicato agli operatori</u> ed è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - <i>Allegato A</i> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente un locale <u>spogliatoio</u> per gli addetti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| o in alternativa | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente un'area adibita a cambio d'abito provvista di armadietti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Se presente il locale spogliatoio (obbligatorio solo laddove l'organizzazione interna all'azienda prevede che i lavoratori indossino indumenti di lavoro specifici - D. Lgs. 81/2008) lo stesso è dotato delle seguenti caratteristiche: | |
| a) superficie in pianta non inferiore a 1,5 m ² per addetto | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) assicura l'illuminazione naturale diretta nel rapporto di 1/10 della superficie di calpestio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) è provvisto di: | |
| - ventilazione meccanica che assicura un ricambio orario di almeno 5 volumi d'aria all'ora (DGR N.1887/97) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - aerazione naturale diretta nel rapporto di 1/20 della superficie di calpestio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

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



| | |
|--|---|
| - Il locale di vendita aperto al pubblico è dotato di: | |
| a) un' area di attesa opportunamente attrezzata con un numero congruo di sedie amovibili al fine di ospitare gli utenti in attesa dell'erogazione dell'ausilio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) un'area di consegna dei dispositivi atta a consentire la tutela della privacy dell'assistito al momento della richiesta e dell'erogazione degli stessi | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente un locale ad uso ufficio, o un'area all'interno dei locali commerciali, dedicato alle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei dispositivi e la conservazione della documentazione a garanzia della tutela dei dati sensibili degli assistiti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente un locale laboratorio, distinto e separato dagli altri ⁴ | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente, in luogo del laboratorio, un'area dedicata all'attività di assemblaggio/adattamento, avente misura e spazi idonei a consentire la disposizione delle attrezzature e del personale (la ditta non svolge attività di fabbricazione di dispositivi su misura) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Il locale laboratorio, se presente, ha spazi idonei a consentire la disposizione delle attrezzature, dei macchinari e dei banchi di lavoro, oltre che il loro uso in sicurezza da parte del personale. Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| a) collocazione fuori terra | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) dimensione non inferiore a 3 m ² o a 6 m ² (3 m ² + 3 m ²) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) altezza interna non inferiore a 3 metri lineari (o 2,70 metri lineari in caso di deroghe) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| d) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2 metri lineari | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| e) illuminazione naturale diretta 1/10 della superficie di calpestio di cui il 50% della superficie illuminante apribile | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Il locale laboratorio è provvisto di (requisito non obbligatorio): | |
| a) un'area di supporto dedicata alla funzione di magazzino in cui vengono depositate e stoccate le materie prime, la componentistica ed i prodotti finiti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) un locale attiguo (distinto dal laboratorio) con funzione di magazzino | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| che presenta le seguenti caratteristiche: | |
| a) dimensione non inferiore a 6 m ² (in aggiunta ai 12 m ² del laboratorio) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) altezza interna non inferiore a 2,40 metri lineari | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2 metri lineari | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| d) illuminazione e ventilazione naturale diretta 1/30 della superficie di calpestio (requisito richiesto solo se il magazzino è situato in un locale distinto dal laboratorio) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Area magazzino (solo per le filiali requisito non obbligatorio) È presente un locale o area adeguati destinati allo stoccaggio della merce | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente un locale "prova utenti" nel quale vengono svolte le prove e l'adattamento dei soli dispositivi ottici agli assistiti, nonché dove viene effettuato l'addestramento. Esso presenta le seguenti caratteristiche: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| a) dimensione non inferiore a 9 m ² | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) altezza interna non inferiore a 2,70 metri lineari | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) è provvisto di: | |
| - illuminazione e ventilazione naturale diretta 1/10 ed 1/20 della superficie di calpestio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - illuminazione e ventilazione artificiale | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

⁴ Il campo deve essere lasciato vuoto nel caso si tratti di filiale in quanto il laboratorio non è previsto



REQUISITI MINIMI STRUTTURALI PER GLI EROGATORI DI PRESTAZIONI AUDIOPROTESICHE

| | |
|--|---|
| - In tutti i locali sono assicurate illuminazione e ventilazione adeguate in conformità a quanto indicato dal T.U. sulla salute e sicurezza sul lavoro D. Lgs.81/2008 e s.m.i., fatta eccezione per i locali dedicati alle prove audioprotesiche nei quali sono necessari spazi dedicati in cui devono essere abbattuti i rumori di fondo e il riverbero dei suoni | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Le zone di accesso agli utenti disabili sono prive di barriere architettoniche oppure dotate di adeguati mezzi tecnologici per il superamento delle stesse (montascale, rampe, etc.) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - I locali dedicati al rilievo delle misure, alle prove e all'applicazione dei dispositivi da erogare sono dedicati esclusivamente al processo erogativo di soli dispositivi <u>audioprotesici</u> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente un servizio igienico, <u>dedicato agli operatori</u> , conforme ai regolamenti edilizi comunali Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| a) porta di accesso apribile verso l'esterno | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ⁵ ; l'eventuale antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente un servizio igienico <u>dedicato agli utenti</u> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Questo servizio igienico è <u>dedicato esclusivamente agli utenti</u> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| a) porta di accesso apribile verso l'esterno | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ⁵ ; l'eventuale antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - <i>Allegato A</i> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Questo <u>servizio igienico dedicato agli utenti coincide con quello dedicato agli operatori</u> ed è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - <i>Allegato A</i> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente un locale <u>spogliatoio</u> per gli addetti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| o in alternativa | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - E' presente un'area adibita a cambio d'abito provvista di armadietti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Se presente il locale spogliatoio (obbligatorio solo laddove l'organizzazione interna all'azienda prevede che i lavoratori indossino indumenti di lavoro specifici - D. Lgs. 81/2008) lo stesso è dotato delle seguenti caratteristiche: | |
| a) superficie in pianta non inferiore a 1,5 m ² per addetto | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) assicura l'illuminazione naturale diretta nel rapporto di 1/10 della superficie di calpestio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) è provvisto di: | |
| - ventilazione meccanica che assicura un ricambio orario di almeno 5 volumi d'aria all'ora. (DGR N.1887/97) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - aerazione naturale diretta nel rapporto di 1/20 della superficie di calpestio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Il locale di vendita aperto al pubblico è dotato di: | |
| a) un'area di attesa opportunamente attrezzata con un numero congruo di sedie amovibili al fine di ospitare <u>gli utenti in attesa dell'erogazione dell'ausilio</u> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

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



| | |
|---|---|
| c) un'area di consegna dei dispositivi atta a consentire la tutela della privacy dell'assistito al momento della richiesta e dell'erogazione degli stessi | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente un locale ad uso ufficio, o un'area all'interno dei locali commerciali, dedicato alle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei dispositivi e la conservazione della documentazione a garanzia della tutela dei dati sensibili degli assistiti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente un'area di supporto (o un locale separato) dedicata alla funzione di magazzino in cui vengono depositate e stoccate, la componentistica ed i prodotti finiti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - È presente un locale "prova utenti" nel quale vengono svolte le prove e l'adattamento dei soli dispositivi audioprotesici agli assistiti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - In tale locale sono presenti spazi dedicati in cui vengono abbattuti i rumori di fondo e il riverbero dei suoni; in alternativa è presente un audiometro dotato di cuffie circumaurali per l'abbattimento del rumore esterno | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |



REQUISITI SPECIFICI: ELENCO ATTREZZATURE

Di seguito sono elencate le attrezzature che devono essere presenti presso i locali degli erogatori in relazione alla tipologia di dispositivi prodotti/erogati.

In casi particolari, tali attrezzature possono essere sostituite da tecnologie più avanzate (con motivazione documentata).

L'erogatore che intende erogare in regime di produzione esternalizzata deve essere dotato di strumentazione/utensili minimi per l'effettuazione di interventi di finitura ed assistenza, al fine di garantire un'adeguata immissione in commercio e assistenza dei dispositivi medici su misura/adattabili.

Le strumentazioni presenti presso le ditte terze che effettuano produzioni per conto della ditta istante, devono essere elencate (con i relativi riferimenti di marca, modello, numero di serie) nel registro delle lavorazioni esternalizzate.

ELENCO ATTREZZATURE AZIENDE ORTOPEDICHE

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

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



| | | | | |
|--|---|--------------------------|---|--------------------------|
| | - utensileria adeguata al dispositivo predisposto che si intende erogare | <input type="checkbox"/> | | |
| | - sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato) | <input type="checkbox"/> | | |
| Calzature ortopediche su misura | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.33.06 Calzature ortopediche su misura | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> |
| | - fresatrice da banco | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| | - banco di finissaggio | <input type="checkbox"/> | | |
| | - vacuum (impianto di decompressione) | <input type="checkbox"/> | | |
| | - macchina a torre o a braccio | <input type="checkbox"/> | | |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| | - sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato) | <input type="checkbox"/> | | |
| Ortesi per arto inferiore | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.12.06 Ortesi caviglia-piede | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.12.09 Ortesi ginocchio | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.12.12 Ortesi ginocchio-caviglia-piede | - fresa a braccio inclinato | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.12.15 Ortesi anca | - vacuum (impianto di decompressione) | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.12.16 Ortesi anca-ginocchio | - fresatrice | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.12.18 Ortesi anca-ginocchio-caviglia-piede | - smerigliatrice o macchinario multifunzione | <input type="checkbox"/> | | |
| | - forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura | <input type="checkbox"/> | | |
| | - tronchese per ferro | <input type="checkbox"/> | | |
| | - macchina per cucire | <input type="checkbox"/> | | |
| | - macchina per cucire a torre o a braccio | <input type="checkbox"/> | | |
| | - trapano a colonna | <input type="checkbox"/> | | |



| | | | | |
|---|---|--------------------------|---|--------------------------|
| | - impianto saldatura | <input type="checkbox"/> | | |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| | - sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato) | <input type="checkbox"/> | | |
| Ortesi per arto superiore | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.03 Ortési per dita | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.06.06 Ortési per mano | - fresa a braccio inclinato | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.06.09 Ortési per polso (avambraccio) | - vacuum (impianto di decompressione) | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.12 Ortési per polso-mano | - forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.13 Ortési per polso-mano-dita | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.15 Ortési per gomito | - macchina da cucire | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.18 Ortési per gomito-polso | - macchina da cucire a torre o a braccio | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.19 Ortési per gomito-polso-mano | - trapano a colonna | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.21 Ortési per spalla | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.24 Ortési per spalla-gomito | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.27 Ortési per spalla-gomito-polso | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.30 Ortési per spalla-gomito-polso-mano | | | | |
| Presidi addominali | | | | |
| <input type="checkbox"/> 03.12.03 Cinghie erniarie | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 03.12.06 Ventriere e cinti erniari | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> |
| | - macchina da cucire | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| Ortesi spinali | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.03.03 Ortési sacro-iliache | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.03.06 Ortési lombosacrali | - macchina da cucire | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.03.09 Ortési toraco-lombo-sacrali | - forno elettrico a piastra o ad infrarossi per termoformatura | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.03.12 Ortési cervicali | - seghetto oscillante | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.03.15 Ortési cervico-toraciche | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.03.18 Ortési cervico-toraco-lombo-sacrali | - banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam | <input type="checkbox"/> | | |



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



| Sistemi di postura su misura | | | | |
|--|--|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 18.09.39 Unità posturali | - sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure | <input type="checkbox"/> | - sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure | <input type="checkbox"/> |
| | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| | - macchina da cucire | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| | - forno elettrico per termoformatura | <input type="checkbox"/> | | |
| | - seghetto oscillante | <input type="checkbox"/> | | |
| | - banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam | <input type="checkbox"/> | | |
| | - trapano a colonna | <input type="checkbox"/> | | |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| | - fresatrice braccio inclinato | <input type="checkbox"/> | | |
| | - smerigliatrice a nastro | <input type="checkbox"/> | | |
| - sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato) | <input type="checkbox"/> | | | |
| Ausili per la deambulazione e carrozzine | | | | |
| <input type="checkbox"/> 03 Ausili per terapia e addestramento <input type="checkbox"/> 03.48 Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio <input type="checkbox"/> 03.78 Ausili per la rieducazione nelle attività quotidiane <input type="checkbox"/> 09 Ausili per la cura e la protezione personale <input type="checkbox"/> 12 Ausili per la mobilità personale <input type="checkbox"/> 12.03 Ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio <input type="checkbox"/> 12.06 Ausili per la deambulazione utilizzati con due braccia <input type="checkbox"/> 12.18 Biciclette <input type="checkbox"/> 12.21 Carrozzine <input type="checkbox"/> 12.24 Accessori per carrozzine <input type="checkbox"/> 12.27 Veicoli <input type="checkbox"/> 12.36 Ausili per sollevamento <input type="checkbox"/> 19.09 Ausili per la posizione seduta | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| | - banchino di assistenza e personalizzazione | <input type="checkbox"/> | - banchino di assistenza e personalizzazione | <input type="checkbox"/> |



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

| Descrizione ausili – codici elenchi DPCM 12/01/2017 | Attrezzature presenti nella Sede Operativa | | Attrezzature presenti nella Filiale | |
|---|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Ortesi podaliche e rialzi | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.12.03 ortesi per piede | - sistema di rilevazione computerizzata o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - sistema di rilevazione computerizzata o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> |
| | - vacuum (impianto di decompressione per plantari) e/o sistema cad cam e/o sistema a levitazione | <input type="checkbox"/> | - pistola termica | <input type="checkbox"/> |
| | - fresatrice | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| | - forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura | <input type="checkbox"/> | | |
| | - pistola termica | <input type="checkbox"/> | | |
| | - trapano a mano | <input type="checkbox"/> | | |
| | - seghetto alternativo | <input type="checkbox"/> | | |
| - sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato) | <input type="checkbox"/> | | | |
| Calzature ortopediche predisposte | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.33 calzature ortopediche | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| | - fresatrice da banco o macchina multifunzionale | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| | - utensileria adeguata al dispositivo predisposto che si intende erogare | <input type="checkbox"/> | | |
| Calzature ortopediche su misura | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.33 calzature ortopediche | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> |
| | - fresatrice da banco o macchina multifunzionale | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| | - vacuum (impianto di decompressione) | <input type="checkbox"/> | | |
| | - macchina a torre o a braccio | <input type="checkbox"/> | | |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| | - banco di finissaggio | <input type="checkbox"/> | | |



| Ortesi per arto inferiore | | | | |
|---|---|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 06.12.06 ortesi per caviglia-piede | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.12.09 ortesi per ginocchio | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.12.12 ortesi per ginocchio-caviglia-piede | - fresa a braccio inclinato | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.12.15 ortesi per anca (incluse le ortesi per abduzione) | - vacuum (impianto di decompressione) | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.12.18 ortesi per anca-ginocchio-caviglia-piede | - smerigliatrice | <input type="checkbox"/> | | |
| | - forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura | <input type="checkbox"/> | | |
| | - tronchese per ferro | <input type="checkbox"/> | | |
| | - macchina per cucire | <input type="checkbox"/> | | |
| | - macchina per cucire a torre o a braccio | <input type="checkbox"/> | | |
| | - trapano a colonna | <input type="checkbox"/> | | |
| | - impianto saldatura | <input type="checkbox"/> | | |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| Ortesi per arto superiore | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.03 Ortesi per dita | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.06.06 Ortesi per mano | - fresa a braccio inclinato | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.06.12 Ortesi per polso-mano | - vacuum (impianto di decompressione) | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.13 Ortesi per polso-mano-dita | - fresatrice | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.15 Ortesi per gomito | - forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.19 Ortesi per gomito-polso-mano | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.30 Ortesi per spalla-gomito-polso-mano | - macchina da cucire | <input type="checkbox"/> | | |
| | - macchina da cucire a torre o a braccio | <input type="checkbox"/> | | |
| | - trapano a colonna | <input type="checkbox"/> | | |
| Presidi addominali | | | | |
| | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> |



| | | | | |
|---|---|--------------------------|---|--------------------------|
| | - macchina da cucire | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| Ortesi spinali | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.03.09 Ortesi toraco-lombo-sacrali (TLSO) | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.03.09 Ortesi toraco-lombo-sacrali | - macchina da cucire | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.03.15 Ortesi cervico-toraciche (CTO) | - forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.03.18 Ortesi cervico-toraco-lombo-sacrali (CTLSO) | - seghetto oscillante | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.03.91 Aggiuntivi prescrivibili | - banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam | <input type="checkbox"/> | | |
| | - trapano a colonna | <input type="checkbox"/> | | |
| | - smerigliatrice a nastro | <input type="checkbox"/> | | |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| | - fresatrice a braccio inclinato | <input type="checkbox"/> | | |
| | - banco di finissaggio | <input type="checkbox"/> | | |
| Protesi di arto superiore e inferiore | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.18.03 Protesi parziale di mano | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.18.06 Protesi per disarticolazione del polso | - impianto di decompressione per laminazione | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.18.09 Protesi transradiali | - fresa a braccio inclinato | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.18.12 Protesi per disarticolazione del gomito | - allineatore meccanico o laser | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.18.15 Protesi transomerale | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.18.18 Protesi per disarticolazione della spalla | - trapano a colonna | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.18.21 Protesi per amputazione interscapola toracica | - macchina per cucire | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.18.91 Aggiuntivi prescrivibili | - banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam | <input type="checkbox"/> | | |
| | - smerigliatrice | <input type="checkbox"/> | | |



| | | | | |
|--|--|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 06.24.03 Protesi parziale di piede <input type="checkbox"/> 06.24.06 Protesi per disarticolazione di caviglia <input type="checkbox"/> 06.24.09 Protesi transtibiale <input type="checkbox"/> 06.24.12 Protesi per disarticolazione del ginocchio <input type="checkbox"/> 06.24.15 Protesi transfemorali <input type="checkbox"/> 06.24.21 Protesi per emipelvectomia <input type="checkbox"/> 06.24.91 Aggiuntivi prescrivibili | - spianatrice | <input type="checkbox"/> | | |
| Sistemi di postura su misura | | | | |
| <input type="checkbox"/> 18.09.39 Sistemi di postura modulari | - sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure | <input type="checkbox"/> | - sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure | <input type="checkbox"/> |
| | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| | - macchina da cucire | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| | - forno per termoformatura | <input type="checkbox"/> | | |
| | - seghetto oscillante | <input type="checkbox"/> | | |
| | - banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam | <input type="checkbox"/> | | |
| | - trapano a colonna | <input type="checkbox"/> | | |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| | - smerigliatrice a nastro | <input type="checkbox"/> | | |
| | - fresatrice braccio inclinato | <input type="checkbox"/> | | |
| Ausili per la deambulazione e carrozzine | | | | |
| <input type="checkbox"/> 09 Ausili per la cura e la protezione personale | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 12 Ausili per la mobilità personale | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 12.03 Ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio | - banchino di assistenza e personalizzazione | <input type="checkbox"/> | - banchino di assistenza e personalizzazione | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 12.06 Ausili per la deambulazione utilizzati con entrambe le braccia | | | | |
| <input type="checkbox"/> 12.18 Cicli | | | | |
| <input type="checkbox"/> 12.22 Carrozzine | | | | |
| <input type="checkbox"/> 12.23 Carrozzine a | | | | |



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <p>motore elettrico</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 12.24.03 Comandi<input type="checkbox"/> 12.24.09 Unità di propulsione<input type="checkbox"/> 12.36.06.015 carrozzina elettrica a prevalente uso esterno<input type="checkbox"/> 12.36.06.018 carrozzina elettrica a sei ruote<input type="checkbox"/> 12.36 Ausili per il sollevamento<input type="checkbox"/> 12.39 Ausili per l'orientamento<input type="checkbox"/> 19.09 Ausili per la posizione seduta | | | | |
|--|--|--|--|--|



ELENCO ATTREZZATURE AZIENDE OTTICO-OPTOMETRICHE

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

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

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

| Descrizione ausili – Codici elenchi DPCM 12/01/2017 | Attrezzature presenti nella Sede Operativa o Filiale | |
|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 22.03.06 Occhiali, lenti oftalmiche, lenti a contatto | - fronticometro | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 22.03.09 Lenti e sistemi di lenti per forte ingrandimento (ausili ipercorrettivi) | - forottero o cassetta optometria | <input type="checkbox"/> |
| | - ottotipo luminoso o a proiezione | <input type="checkbox"/> |
| | - test lettura per ipovedenti | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 22.03.12 Cannocchiali da occhiali per visione lontana e vicina | - lampada a fessura | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 22.03.09 Aggiuntivi/Lavorazioni Prestazioni Professionali | - retinoscopio | <input type="checkbox"/> |
| | - schiascopio | <input type="checkbox"/> |
| | - oftalmometro | <input type="checkbox"/> |
| | - test lacrimali | <input type="checkbox"/> |
| | - sistemi di disinfezione lenti a contatto | <input type="checkbox"/> |
| | - set lenti ingrandenti per individuazione e prova | <input type="checkbox"/> |



| | | |
|---|--|--------------------------|
| | - set lenti a contatto per individuazione e prova | |
| | - set sistemi telescopici per individuazione e prova | <input type="checkbox"/> |
| | - mola | <input type="checkbox"/> |
| | - ventiletta | <input type="checkbox"/> |
| | - autorefrattometro e/o topografo corneale (non obbligatori) | <input type="checkbox"/> |
| | - pachimetro/ tomografo (non obbligatorio) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.30.21 Protesi oculari su misura | - becco bunsen (obbligatorio solo per la lavorazione delle protesi in vetro) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.30.91 Aggiuntivi prescrivibili | - attrezzi per la lavorazione del vetro | <input type="checkbox"/> |
| | - materiali per impronte o per lavorazione delle resine | <input type="checkbox"/> |



ELENCO ATTREZZATURE AZIENDE AUDIOPROTESICHE

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

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

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

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



DICHIARA altresì di impegnarsi a

1. rispettare le disposizioni nazionali e regionali in materia;
2. in caso di ritiro del dispositivo protesico per riparazione, l'erogatore si impegna a provvedere alla riparazione stessa nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 7 giorni lavorativi;
3. garantire il controllo e la revisione del dispositivo erogato laddove necessario;
4. assicurare l'erogazione della prestazione di assistenza protesica al domicilio per gli assistiti non deambulanti e su specifica richiesta del medico prescrittore;
5. rilasciare, per i dispositivi su misura, la certificazione di congruità all'atto dell'erogazione, attestante la rispondenza del dispositivo alla prescrizione medica autorizzata, il suo perfetto funzionamento e il rispetto delle normative in materia. La certificazione è allegata ai fini della corresponsione della tariffa da parte dell'azienda ULSS;
6. predisporre, per i dispositivi audioprotesici e altri dispositivi adattati, la scheda "fornitura consegna" contenente almeno le informazioni relative a:
 - erogatore (dati identificativi);
 - dispositivi audioprotesici erogati;
 - codici ISO di cui al nomenclatore e relative tariffe.
7. dare contezza all'utente dell'eventuale importo a suo carico qualora il costo complessivo della prestazione risulti superiore all'importo massimo rimborsato da SSN (ai sensi dell'art.17, comma 5, del DPCM 12.01.2017, cosiddetta riconducibilità);
8. integrare il proprio sistema di gestione informatizzato con la piattaforma informatica regionale del percorso di prescrizione-erogazione dell'assistenza protesica (quando sarà attivata);
9. comunicare ogni variazione relativa a stati, fatti, condizioni e titolarità rispetto a quanto dichiarato entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento;
10. in caso di lavorazioni esternalizzate, assumere la responsabilità dell'immissione in commercio dei dispositivi medici esternalizzati;

DICHIARA da ultimo

- di aver preso visione dell'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016.

Data

Timbro e firma leggibile

Il/La sottoscritto/a allega ai sensi dell'art.38, DPR n. 445/2000 e s.m.i. copia leggibile del documento di riconoscimento in corso di validità.

