

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ANCONA

AVVISO PUBBLICO PER IL RICONOSCIMENTO DI CONTRIBUTI ECONOMICI PER L'ACQUISTO DI AUSILI E PROTESI PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SPORTIVE AMATORIALI DESTINATE A PERSONE CON DISABILITÀ FISICA

Indice:

<u>A. INTERVENTO, SOGGETTI, RISORSE</u>	2
<i>A.1 Finalità e obiettivi</i>	2
<i>A.2 Riferimenti normativi</i>	2
<i>A.3 Soggetti beneficiari</i>	2
<i>A.4 Carattere sperimentale dell'iniziativa e percorso</i>	3
<i>A.5 Soggetti gestori</i>	3
<i>A.6 Dotazione finanziaria</i>	4
<u>B. CARATTERISTICHE GENERALI DELL'AGEVOLAZIONE</u>	4
<u>C. FASI E TEMPI DEL PROCEDIMENTO</u>	4
<i>C.1 Presentazione delle domande</i>	4
<i>C.2 Tipologia di procedura per l'assegnazione delle risorse</i>	4
<i>C.3 Istruttoria</i>	4
<i>C.3.a Verifica di ammissibilità delle domande</i>	4
<i>C.3.b Valutazione delle domande</i>	4
<i>C.3.c Comunicazione dell'esito dell'istruttoria e riconoscimento dell'agevolazione</i>	5
<i>C.4.a Adempimenti per l'erogazione del contributo</i>	5
<i>C.4.b Modalità e tempi di erogazione del contributo</i>	6
<i>C.4.c Caratteristiche della fase di rendicontazione</i>	6
<u>D. DISPOSIZIONI FINALI</u>	6
<i>D.1 Obblighi dei soggetti beneficiari</i>	6
<i>D.2 Decadenze, revoche, rinunce dei soggetti beneficiari</i>	6
<i>D.3 Ispezioni e controlli</i>	6
<i>D.4 Responsabile del procedimento</i>	6
<i>D.5 Trattamento dati personali</i>	6
<i>D.6 Pubblicazione, informazioni e contatti</i>	6
<i>D.7 Diritto di accesso agli atti</i>	7

A. INTERVENTO, SOGGETTI, RISORSE

A.1 Finalità e obiettivi

In riferimento al D.M. 22 agosto 2022, con il presente avviso l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ancona intende avviare interventi atti a favorire l'acquisizione di ausili e protesi utili allo svolgimento di attività motorie o sportive amatoriali individuali, destinate a persone con disabilità fisica, finalizzati ad estendere le abilità della persona e migliorare la sua qualità di vita.

I dispositivi medici oggetto del presente avviso sono funzionali al:

- superamento delle limitazioni motorie della persona disabile in grado di praticare attività sportive amatoriali individuali;
- raggiungimento/miglioramento delle potenzialità della persona in relazione alle sue possibilità di integrazione sociale e sportiva.

A.2 Riferimenti normativi

I riferimenti normativi sono rinvenibili nelle norme seguenti:

- D.M. 27 agosto 199, n. 332 “*Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe*”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 227 del 27 settembre 1999;
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017 “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 65 del 18 marzo 2017;
- D.M. 22 agosto 2022 “*Erogazione di ausili ortesi e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica*”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 296 del 20 dicembre 2022.
- DGR 2053 del 28/12/2023 “*Indicazioni operative per l'attuazione del Decreto del Ministero della Salute 22 agosto 2022 recante. Erogazione di ausili ortesi e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica*”.

A.3 Soggetti beneficiari

Possono partecipare alla selezione i soggetti che, al momento della presentazione della ***domanda di partecipazione*** cui all'***Allegato A***, parte integrante e sostanziale del presente avviso, posseggano i seguenti requisiti:

- residenti nel territorio di codesta AST;
- amputati di arto e/o affetti da paraparesi o paraplegia o tetraparesi;
- invalidi civili o in attesa di riconoscimento, se maggiorenni;
- in fascia di età compresa tra i 10 (dieci) e i 64 (sessantaquattro) anni;
- praticanti, o in grado di praticare, attività motorie o sportive amatoriali individuali come attestato

da ***certificato di idoneità allo svolgimento di attività ludico motorie sportive***, rilasciato da medico specialista in medicina dello sport dipendente o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale utilizzando il modulo di cui all'***Allegato B***, parte integrante e sostanziale del presente avviso. La produzione del certificato è ad onere dell'assistito e lo stesso deve essere allegato alla domanda di partecipazione

Ogni possibile beneficiario può richiedere un solo dispositivo medico oggetto dell'avviso.

In caso di amputazione bilaterale di arto, è possibile richiedere più componenti protesici nell'ambito della stessa fornitura.

A.4 Carattere sperimentale dell'iniziativa

In considerazione del carattere sperimentale dell'iniziativa (articolo 1, D.M. 22 agosto 2022):

- in caso di domande per un importo complessivo previsto superiore allo stanziamento, è redatta apposita graduatoria aziendale in base all'ISEE 2023 indicato;
- in caso di parità di ISEE è data priorità al beneficiario più giovane.

È facoltà di codesta Azienda destinare eventuali residui dell'importo complessivo assegnato, alla erogazione di un contributo di importo inferiore a quello previsto dall'allegato 1 al DM 22 agosto 2022, a favore dell'ultimo beneficiario in posizione utile in graduatoria.

Si precisa inoltre quanto segue:

- ✓ per ogni codice di dispositivo medico oggetto dell'avviso bandito, sarà corrisposto un importo massimo, a titolo di contributo, facendo riferimento al valore indicato nell'allegato 1 del D.M. 22 agosto 2022;
- ✓ i dispositivi medici oggetto dell'avviso, acquistati dal beneficiario, sono di sua proprietà;
- ✓ non è prevista la sostituzione, con costi a carico del SSN/SSR) ai sensi del D.M. 332/199 e/o del D.P.C.M. 12/01/2017; eventuali riparazioni, anche di singole componenti oggetto della sperimentazione, sono a carico del beneficiario;
- ✓ il dispositivo medico prescritto tra quelli oggetto dell'avviso non è rilevante rispetto ai tempi minimi di rinnovo di ausili/protesi ordinarie (non specificamente finalizzate allo svolgimento di attività motorie o sportive amatoriali) eventualmente fornite con costi a carico del SSN/SSR ai sensi del D.M. n. 332/1999 e/o del D.P.C.M. 12/01/2017;
- ✓ il beneficiario, in posizione utile in graduatoria, è soggetto a valutazione da parte di specialista del SSN, come specificato al successivo punto C.3.b, ai fini della prescrizione, in base agli specifici codici ISO indicati dall'allegato 1 del D.M. 22 agosto 2022. In esito alla valutazione, i prescrittori compilano lo specifico **modulo per la prescrizione del dispositivo** di cui **Allegato C** (*allegato 2 del D.M. 22 agosto 2022*), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente avviso;
- ✓ gli specifici codici ISO, indicati dall'allegato 1 del D.M. 22 agosto 2022, potranno integrare i codici ISO di cui al D.M. n. 332/1999 ed al D.P.C.M. 12/01/2017;
- ✓ successivamente il medico prescrittore effettua il monitoraggio degli esiti dell'intervento

compilando il format di cui all'***Allegato D*** parte integrante e sostanziale del presente avviso;

- ✓ il beneficiario si deve rendere disponibile a partecipare al suddetto monitoraggio secondo i tempi previsti dal presente avviso.

A.5 Soggetti gestori

L'AST Ancona svolge i compiti di istruttoria delle domande, di verifica dei requisiti e di liquidazione dei contributi, nei limiti del budget assegnato.

A.6 azione finanziaria

Le risorse disponibili per l'avvio di tale procedura destinate all' AST Ancona sono pari ad Euro 44.439,00 per un importo complessivo assegnato a favore delle 5 AST di € 139.616,00. Con decreto n. 106/ARS del 29.12.2023, le risorse sono state ripartite tra le Aziende Sanitarie Territoriali (AST) del SSR sulla base della popolazione residente nella Regione Marche, appartenente alla fascia di età 10- 64 anni, come risultante dai dati demografici regionali al 01/01/2020 e in coerenza con quanto previsto dal D.M. 22 agosto 2022.

B. CARATTERISTICHE DELL'AGEVOLAZIONE

L'agevolazione è finalizzata ad estendere le abilità della persona disabile e a migliorare la sua qualità di vita, mediante l'erogazione di un contributo economico a sostegno delle spese di acquisto per il dispositivo medico prescritto tra quelli oggetto dell'avviso, per lo svolgimento di attività motorie o sportive amatoriali individuali.

Il contributo è a fondo perduto ed è finanziato tramite le risorse stanziare dal D.M. 22 agosto 2022.

C. FASI E TEMPI DEL PROCEDIMENTO

C.1 Presentazione delle domande

Le domande di partecipazione, a far data dal giorno della pubblicazione della determina di recepimento dell'avviso e degli allegati e fino alle ore 12,00 del trentesimo giorno seguente (30gg), dovranno essere presentate, compilando i moduli allegati, attraverso le seguenti modalità

- 1) a mezzo pec al seguente indirizzo ast.ancona@emarche.it avendo cura di indicare nell'oggetto : "*Acquisti protesica per attività sportiva amatoriale – DAT e Medicina Convenzionata AST ANCONA*";
- 2) a mezzo posta RAR o consegna a mano al seguente indirizzo : DAT e Medicina Convenzionata – Ufficio Coordinamento Protesica – dott.ssa Luisa Lattanzi via Piazza Catalani n 1/3 - 60015 Falconara (AN) tel 071/9178623

La domanda va presentata dal cittadino utilizzando l'apposito modulo di cui all'***Allegato A*** al presente avviso corredato di:

1. certificato del medico dello sport, redatto utilizzando l'***Allegato B*** al presente avviso;
2. modello ISEE 2023;

C.2 Tipologia di procedura per l'assegnazione delle risorse

La procedura è in parte di tipo amministrativo, sulla base dei requisiti previsti per i beneficiari di cui al paragrafo A.3., e in parte di tipo valutativo clinico-funzionale.

C.3 Istruttoria

C.3.a Verifica di ammissibilità delle domande

L'istruttoria formale è finalizzata a verificare la sussistenza dei requisiti di ammissibilità dei soggetti ed avviene secondo le seguenti modalità:

- ✓ la verifica dei requisiti previsti per l'ammissione al beneficio. Sui requisiti autocertificati, l'Azienda effettua i controlli previsti;
- ✓ la validazione delle domande con identificazione dell'ammontare del contributo.

Le domande saranno ritenute ammissibili a fronte del rispetto dei requisiti indicati al paragrafo A.3 e A. 4.

C.3.b Valutazione delle domande e graduatoria provvisoria

C.3.c

La valutazione delle domande prevede sia un'istruttoria tecnica sia un esame di natura economico-finanziaria.

Il procedimento di valutazione ed ammissione da parte dell' **Ufficio Protesica** di codesta AST si conclude entro 30 giorni dal termine ultimo stabilito nell'avviso per la presentazione delle domande. Tale termine si interrompe qualora l'AST richieda un'integrazione documentale, chiarimenti e/o ulteriori elementi indispensabili al fine della valutazione della domanda da parte della Azienda stessa.

L'AST assegna al soggetto che ha presentato la domanda il termine di 15 giorni dalla ricezione della richiesta per fornire i documenti e/o chiarimenti e ulteriori elementi. Decorsi inutilmente detti termini la domanda verrà dichiarata non ammissibile.

Dopo aver valutato l'ammissibilità delle domande, l'**Ufficio Protesica** stabilisce la graduatoria provvisoria e, in base alla Tabella di cui all'allegato 1 del D.M. 22 agosto 2022, il contributo assegnabile ai singoli richiedenti sulla base della tipologia di dispositivo medico individuato. La graduatoria provvisoria è trasmessa **all'Ufficio dell'AST competente per Distretto**.

I richiedenti che risulteranno in posizione utile nella graduatoria provvisoria saranno soggetti alla valutazione seguente:

visita da parte di uno Specialista del SSN competente in materia e redazione – per i soggetti ritenuti idonei da parte del medico specialista stesso, del modulo di prescrizione di cui all'allegato 2 del D.M. 22 agosto 2022 per la fornitura dei dispositivi oggetto del presente avviso.

Sulla base della graduatoria provvisoria dunque l'Ufficio competente per Distretto provvederà a comunicare agli istanti la data utile per la visita.

L'iter valutativo e prescrittivo si concluderà entro i successivi 3 mesi dalla data di comunicazione della graduatoria provvisoria.

L'esito finale dell'iter valutativo e prescrittivo sarà comunicato dall'Ufficio

Protesica che ha redatto la graduatoria provvisoria.

C.3.d Concessione dell'agevolazione e comunicazione degli esiti dell'istruttoria

L'esito finale dell'istruttoria sarà comunicato dall'Ufficio Protesica soltanto ai beneficiari dell'agevolazione attraverso i recapiti indicati dall'istante

C.4 Modalità e adempimenti per l'erogazione dell'agevolazione

Ai fini dell'erogazione del contributo, il beneficiario dovrà presentare all'Ufficio Protesica la fattura, o la ricevuta fiscale della spesa sostenuta con data successiva alla prescrizione.

La presentazione delle integrazioni documentali, comprovanti la spesa sostenuta, deve avvenire entro 30 giorni dalla data di effettuazione del collaudo.

In caso di risorse economiche residue sul finanziamento iniziale previsto dal D.M. 22 agosto 2022, non utilizzate, saranno riaperti e ridefiniti i termini per lo scorrimento della graduatoria.

C.4.a Modalità e tempi di erogazione dell'agevolazione

Il contributo viene erogato al richiedente in un'unica soluzione, previa verifica dell'ottenimento del certificato di invalidità civile (solo per i maggiorenni).

C.4.b Caratteristiche della fase di rendicontazione

Entro il 30 settembre 2024 le AST devono inviare alla Regione una relazione in cui sono evidenziati:

- 1) il numero complessivo di domande presentate;
- 2) il numero complessivo di domande ammesse e finanziate, suddivise per ausili e protesi e con i relativi importi;
- 3) il numero delle esclusioni;
- 4) il sistema di rendicontazione per la raccolta degli esiti attesi a medio e lungo termine della sperimentazione.

D. DISPOSIZIONI FINALI

D.1 Obblighi dei soggetti beneficiari

Le AST sono tenute a rispettare le prescrizioni contenute nell'Avviso, in particolare al paragrafo C.3 "Istruttoria".

D.2 Decadenze, revoche, rinunce dei soggetti beneficiari

In caso di inosservanza ed inadempienza delle disposizioni, delle prescrizioni e di tutti gli obblighi l'Azienda si riserva di dichiarare la decadenza dal beneficio e non liquiderà il contributo oppure, se le somme saranno già state erogate, provvederà alla revoca e all'adozione di azioni di recupero/compensazione delle somme indebitamente percepite.

D.3 Ispezioni e controlli

Ai fini dell'ammissibilità l'Azienda identifica, a campione, le domande su cui effettuare i relativi controlli relativamente ai requisiti autocertificati.

Ove opportuno l'Azienda si riserva la facoltà di richiedere ai beneficiari i chiarimenti e le integrazioni che si rendessero utili ai fini di valutare l'efficacia dell'intervento.

D.4 Responsabile del procedimento

Il Responsabile del Procedimento è la dott.ssa Doriana Della Valle – Dirigente DAT e Medicina Convenzionata AST Ancona tel 071/2911694 -79092302

D.5 Trattamento dati personali

L'informativa è stata compilata dall'AST AN, allegata alla determina di recepimento del presente Avviso ed è resa ai sensi degli articoli 13-14 del Regolamento UE n. 2016/679

D.6 Pubblicazione, informazioni e contatti

Il presente avviso è pubblicato sul portale Amministrazione Trasparente AST Ancona. Qualsiasi informazione relativa ai contenuti dell'Avviso e agli adempimenti connessi potrà essere richiesta a mezzo posta elettronica ai seguenti indirizzi

- Luisa Lattanzi luisa.lattanzi@sanita.marche.it; tel 071/9178623
- Doriana Della Valle, doriana.dellavalle@sanita.marche.it

D.7 Diritto di accesso agli atti

Il diritto di accesso agli atti relativo all'Avviso è tutelato ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi".

Tale diritto consiste nella possibilità di prendere visione, con eventuale rilascio di copia anche su supporti magnetici e digitali, dell'Avviso e degli atti ad esso connessi, nonché delle informazioni elaborate dall'Azienda.

L'interessato può accedere ai dati in possesso dell'Amministrazione nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti.

Per la consultazione o la richiesta di copie – conformi o in carta libera – è possibile presentare domanda verbale o scritta alla

Direzione Amministrazione Territoriale e Medicina Convenzionata AST Ancona,

dottssa Marinella Cardinaletti

via Cristoforo Colombo n 106 – ANCONA

marinella.cardinaletti@sanita.marche.it

luisa.lattanzi@sanita.marche.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER IL RICONOSCIMENTO DI CONTRIBUTI PER L'ACQUISTO DI AUSILI E PROTESI PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SPORTIVE AMATORIALI DESTINATE A PERSONE CON DISABILITÀ FISICA

Il/la sottoscritto/a NOME _____ COGNOME _____

NATO/A A _____ IL _____ CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ CAP _____

Riferimenti per il contatto:

- telefono (obbligatorio): fisso/cellulare _____

- mail (obbligatoria): _____

consapevole delle responsabilità di legge in caso di dichiarazioni non veritiere (*) presenta domanda di partecipazione all'avviso per il riconoscimento di contributi per l'acquisto di ausili/protesi/aggiuntivi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica, in particolare per l'acquisto del seguente ausilio/protesi/aggiuntivo _____ a beneficio di:

☐ sé stesso

☐ persona verso la quale si esercita la tutela legale o la amministrazione di sostegno o della quale ha la responsabilità genitoriale (solo in questi casi, compilare i seguenti campi con i dati del beneficiario):

NOME _____ COGNOME _____

NATO/A A _____ IL _____ CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ CAP _____

A tal fine:

• allega alla domanda la seguente documentazione relativa al beneficiario:

a) certificato di idoneità allo svolgimento di attività ludico motorie sportive rilasciato da medico specialista in medicina dello sport dipendente/convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale (Allegato B all'avviso);

b) modello ISEE 2023;

• dichiara che il beneficiario:

a) risulta in una o più delle seguenti condizioni cliniche:

☐ amputato di arto superiore, ☐ monolaterale ☐ bilaterale;

☐ amputato di arto inferiore, ☐ monolaterale ☐ bilaterale;

☐ paraparesi/paraplegia;

☐ tetraparesi/tetraplegia;

b) risulta essere:

☐ in possesso di verbale di invalidità civile (solo se maggiorenne);

☐ in attesa del riconoscimento di invalidità civile (solo se maggiorenne);

c) richiede il contributo per la pratica della seguente disciplina sportiva:

d) non è affiliato ad alcuna società sportiva;

e) non ha ottenuto, né richiederà altri contributi pubblici a sostegno delle spese effettuate per l'acquisto dei dispositivi medici oggetto dell'avviso.

Dichiara, inoltre, di accettare le condizioni per l'erogazione del contributo relative a:

- criteri per la predisposizione della graduatoria, come esplicitati nell'avviso;
- visita medica per la prescrizione del dispositivo presso lo/gli specialista/i che sarà/saranno indicati dall'Azienda;
- procedure di erogazione successive alla prescrizione da concludersi entro la data indicata dall'Azienda:
 - 1) contatto con fornitore autorizzato;
 - 2) eventuali procedure di autorizzazione nel caso di contributo per componenti per protesi d'arto;
 - 3) visita medica per collaudo presso lo stesso specialista prescrittore;
 - 4) integrazione della documentazione a corredo della domanda presso l'ufficio della dott.ssa Lattanzi Luisa con la consegna della fattura o della ricevuta fiscale della spesa sostenuta, regolarmente quietanzate, a seguito di acquisto del dispositivo medico oggetto dell'avviso;
- partecipazione al follow up a 3 mesi e a 6 mesi, come da appuntamenti che saranno definiti dallo specialista prescrittore.

Al fine della partecipazione all'erogazione del contributo, dichiara, infine:

➤ di essere consapevole che, qualora le integrazioni non saranno presentate entro i termini di cui all'avviso, la domanda si intenderà respinta ed il contributo non sarà esigibile;

➤ che, qualora esso possa essere erogato, lo stesso potrà essere accreditato sul conto intestato a

IBAN _____

➤ di aver preso visione dell'Informativa privacy relativa al trattamento dei dati personali ai sensi della vigente normativa, presente nell'Avviso pubblico, e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003, Regolamento UE 2016/679 e D. Lgs. n. 101/2018).



(*) **Articolo 76, commi 1, 2 e 3 del d.P.R. n. 445/2000:** “

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. (La sanzione ordinariamente prevista dal codice penale è aumentata da un terzo alla metà.)
2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.
3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.”

Firma del richiedente

Allegato B

**MODELLO PER IL CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ
LUDICO-MOTORIE SPORTIVE**

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME _____ COGNOME _____

NATO A _____ IL _____

C.F. _____ residente a _____

in _____ e-mail _____

tel. _____

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI RESIDENZA _____

Si segnala che il paziente dichiara di:

☐ praticare già attività motorie o sportive amatoriali individuali (dettagliare la disciplina sportiva: _____);

☐ non svolgere attualmente alcun tipo di attività motoria o sportiva amatoriale individuale.

Dettagliare la tipologia di attività motoria o sportiva amatoriale individuale che il paziente dichiara di voler praticare _____

Sulla base della visita da me effettuata certifico che il paziente risulta idoneo allo svolgimento di attività ludico-motorie o sportive amatoriali individuali, con adeguato supporto tecnico o protesico.

Per soggetti amputati di arto inferiore, certifico che il paziente ha la capacità di praticare attività sportive ed altre attività ad elevato impatto muscolare e fisico (livello funzionale K4).

NOTE

LUOGO e DATA

FIRMA e TIMBRO DEL MEDICO

SCHEMA PER LA PRESCRIZIONE DEL DISPOSITIVO

Ausili e protesi degli arti inferiori e superiori, a tecnologia avanzata e con caratteristiche funzionali allo svolgimento di attività sportive amatoriali, destinati a persone con disabilità fisica - art. 104, comma 3-bis del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME _____ COGNOME _____
NATO A _____ IL _____
C.F. _____ residente a _____
in _____ e-mail _____
tel. _____ ASL DI APPARTENENZA _____

Patologia/lesione che ha determinato la menomazione e disabilità:

Diagnosi funzionale (specifiche menomazioni/disabilità):

☐ Idoneità allo svolgimento di attività ludico motorie sportive (rilasciata dal medico specialista in medicina dello sport)

Prescrizione

- ☐ **06.24.21.266** Piede a restituzione di energia - si allega prescrizione di protesi per il corretto assemblaggio
- ☐ **06.24.21.380** Ginocchio polifunzionale monocentrico a frizione con controllo idraulico della flessione-estensione - si allega prescrizione di protesi per il corretto assemblaggio
- ☐ **06.18.21.195** Mano mioelettrica tri-digitale a controllo proporzionale (senza guanto cosmetico) - si allega prescrizione di protesi per il corretto assemblaggio
- ☐ **12.22.03-L77A** Carrozzina da danza sportiva
- ☐ **30.09.27-L77** Carrozzina da tennis
- ☐ **12.22.03-L77B** Carrozzina sportiva per tiro a segno
- ☐ **12.22.03-L77C** Carrozzina da scherma
- ☐ **30.09.36-L77A** Monosci
- ☐ **30.09.36-L77** Slittino
- ☐ **12.18.09-L77** Handbike
- ☐ **12.18.09-L77A** Carrozzina per atletica leggera



- ☐ La visita per il collaudo sarà programmata a seguito della acquisizione del dispositivo.
- ☐ Nel corso della visita per il collaudo verrà programmata la prima visita di follow up, a 3 mesi.

DATA

FIRMA e timbro del medico

COLLAUDO:

In data _____ ho verificato la congruità del dispositivo prescritto relativamente alla sperimentazione del DM 22/08/2022.

Pertanto, si programma la prima visita di follow up per il giorno _____

DATA

FIRMA e timbro del medico

SCHEMA PER L'EFFETTUAZIONE DELLA VISITA DI FOLLOW UP

☐ A 3 mesi

☐ A 6 mesi

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME _____ COGNOME _____

NATO A _____ IL _____

C.F. _____ residente a _____

in _____ CAP _____

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI RESIDENZA _____

DISPOSITIVO MEDICO ACQUISTATO IL _____

1. Il dispositivo medico fornito viene utilizzato:

☐ più di 3 volte alla settimana

☐ 1 o 2 volte alla settimana

☐ meno di 2 volte al mese

☐ non viene utilizzato (andare direttamente alla domanda 3)

2. Se viene utilizzato, necessita di supporto da parte di terzi?

☐ SÌ ☐ No

3. Se non viene utilizzato, specificare la motivazione:

☐ dispositivo mai utilizzato

☐ interruzione dell'utilizzo perché non adeguato

☐ interruzione dell'utilizzo per rottura

☐ interruzione dell'utilizzo per furto/smarrimento

☐ interruzione dell'utilizzo per perdita di interesse

☐ interruzione dell'utilizzo per aggravamento delle condizioni cliniche

☐ altro _____

La prossima visita di follow up:

☐ è programmata per il _____



☐ non è prevista una nuova visita di follow up

☐

RIFERIMENTI DEL MEDICO COMPILATORE

NOME _____ COGNOME _____

RECAPITO MAIL _____@_____ TELEFONO _____

LUOGO e DATA

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

Far pervenire copia del presente referto a _____



Avviso pubblico per il riconoscimento di contributi economici per l'acquisto di ausili e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica

Allegato E

MODELLO DI SCHEDA INFORMATIVA

DI COSA SI TRATTA

Con tale Avviso si intende avviare interventi atti a favorire l'acquisizione di ausili e protesi utili allo svolgimento di attività motorie o sportive amatoriali individuali, destinate a persone con disabilità fisica, finalizzati ad estendere le abilità della persona e migliorare la sua qualità di vita.

L'ausilio/protesi deve essere funzionale al:

- superamento delle limitazioni funzionali motorie della persona disabile in grado di praticare, attività motorie o sportive amatoriali individuali;
- raggiungimento/miglioramento delle potenzialità della persona in relazione alle sue possibilità di integrazione sociale e sportiva.

TIPOLOGIA

Contributo a fondo perduto.

CHI PUÒ PARTECIPARE

I soggetti residenti che, al momento della presentazione della domanda, sono in possesso dei seguenti requisiti:

- amputati di arto e/o affetti da paraparesi o paraplegia o tetraparesi;
- invalidi civili o in attesa di riconoscimento, se maggiorenni;
- in fascia di età compresa tra i 10 (dieci) e i 64 (sessantaquattro) anni compresi;
- praticanti, o in grado di praticare, attività motorie o sportive amatoriali individuali come attestato da certificato di idoneità allo svolgimento di attività ludico motorie sportive, rilasciato da medico specialista in medicina dello sport dipendente/convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale utilizzando il modulo di cui all'allegato B parte integrante del presente avviso. La produzione del certificato non comporta oneri a carico dell'assistito