



Oggetto: DGR n. 1162 del 11/08/2020 “*Revisione della disciplina regionale inerente la fornitura delle prestazioni di assistenza protesica a carico del Servizio Sanitario Nazionale da parte degli erogatori di dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici*”. **Trasmissione e ulteriori precisazioni**

*Trasmessa Via PEC*

Ai Direttori Generali delle Aziende ULSS  
della Regione del Veneto

E p.c. Al Direttore generale di Area Sanità e  
Sociale  
LORO SEDI

La presente per trasmettere, in allegato, la DGR n. 1162 del 11/08/2020 di cui all’oggetto, pubblicata nel BURV n. 130 del 25 agosto 2020 e già anticipata per le vie brevi, che, alla luce delle disposizioni del DPCM 12 gennaio 2017, ha definito *Criteri, requisiti e procedure per il rilascio dell’autorizzazione alla fornitura di dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici a carico SSN e successivo inserimento nell’elenco regionale degli erogatori*.

La delibera con i suoi allegati ridefinisce ruoli e compiti delle AASS in merito alla disciplina relativa agli erogatori di dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici a carico SSN, sia di coloro già iscritti nel registro regionale sia dei nuovi erogatori che intendono far richiesta di iscrizione.

Si richiama, in particolare, l’attenzione delle SLL sulla costituzione/attivazione della “Commissione Ispettiva” nel più breve tempo possibile stante la necessità di rispettare la tempistica delle visite ispettive da effettuare presso i “nuovi erogatori di assistenza protesica” (60 giorni dalla presentazione della domanda di autorizzazione alla Azienda ULSS di competenza territoriale).

A tal riguardo, premesso che è facoltà di Codeste Aziende individuare la modalità di nomina dei relativi componenti delle Commissioni, con riferimento alla nomina di *un rappresentante dell’Associazione del settore di competenza dell’erogatore destinatario dell’ispezione*, al fine di agevolare l’operato delle SS.LL, si riportano, di seguito, le Associazioni di categoria che hanno collaborato alla redazione e stesura dei documenti allegati alla sopra citata delibera:

Associazione Audioprotesisti:  
FIA (Federazione Italiana Audioprotesisti)  
Associazioni Ortoprotesisti:  
ASSORTOPEDIA, FIOTO, CIDOS VENEZIE, CONFIMI, CONFAPI

Area Sanità e Sociale

**Direzione Farmaceutico – Protesica – Dispositivi Medici**

Rio Novo, Dorsoduro 3493 – 30123 Venezia Tel. 041.2793412-3415-3406-1453 – Fax n. 041.2793468

PEC: [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it) e-mail: [assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it](mailto:assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it)



Associazione Ottici:  
FEDEROTTICA, FEDEROTTICA Veneto URVOO

Si sottolinea inoltre, per quanto di propria competenza, l'urgenza di diffondere agli erogatori che insistono sul proprio territorio e che già esercitano la loro attività a carico del SSN in virtù della DGR 83/2000, la nuova normativa evidenziando che, ai fini del mantenimento della propria inclusione nell'elenco regionale, sono tenuti ad effettuare la richiesta di autorizzazione alla Azienda ULSS di competenza territoriale entro 90 giorni dalla data di pubblicazione sul BURV della delibera in oggetto (e cioè entro e non oltre il 25 novembre 2020), pena l'esclusione dal suddetto elenco regionale e l'impossibilità di erogare protesi, ortesi, ausili a carico del SSN.

Da ultimo si comunica che la documentazione è reperibile anche sul sito della Regione del Veneto al seguente link <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/assistenza-protetica1>.

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.

Il Direttore  
Direzione Farmaceutico-Protetica-Dispositivi Medici  
Dott.ssa Giovanna Scroccaro

Referenti della materia

- Dott.ssa Rita Mottola - tel. 041 2793515
- Dott.ssa Valeria Poggiani – tel. 041 2791478

copia cartacea composta di 2 pagine, di documento amministrativo informatico firmato digitalmente da SCROCCARO GIOVANNA, il cui originale viene conservato nel sistema di gestione informatica dei documenti della Regione del Veneto - art.22.23.23 ter D.Lgs 7/3/2005 n. 82

Area Sanità e Sociale

**Direzione Farmaceutico – Protetica – Dispositivi Medici**

Rio Novo, Dorsoduro 3493 – 30123 Venezia Tel. 041.2793412-3415-3406-1453 – Fax n. 041.2793468

PEC: [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it) e-mail: [assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it](mailto:assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it)



Proposta n. 1534 / 2020

**PUNTO 24 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 11/08/2020**

ESTRATTO DEL VERBALE

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1162 / DGR del 11/08/2020**

**OGGETTO:**

Revisione della disciplina regionale inerente la fornitura delle prestazioni di assistenza protesica a carico del Servizio Sanitario Nazionale da parte degli erogatori di dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici.



### *COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE*

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Gianluca Forcolin	Assente
Assessori	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Federico Caner	Presente
	Cristiano Corazzari	Presente
	Elisa De Berti	Presente
	Elena Donazzan	Presente
	Manuela Lanzarin	Presente
	Roberto Marcato	Assente
Vicesegretario verbalizzante	Giuseppe Pan	Presente
	Stefania Zattarin	

### *RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI*

MANUELA LANZARIN

### *STRUTTURA PROPONENTE*

AREA SANITA' E SOCIALE

### *APPROVAZIONE*

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.





OGGETTO: Revisione della disciplina regionale inerente la fornitura delle prestazioni di assistenza protesica a carico del Servizio Sanitario Nazionale da parte degli erogatori di dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento, a seguito dell'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017- "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*", si provvede a revisionare criteri, requisiti e procedure relativi alla fornitura in oggetto, a suo tempo definiti con DGR n. 83/2000.

---

Il relatore riferisce quanto segue.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*" all'art. 17 individua l'*assistenza protesica* tra le aree di attività in cui si articola il livello di Assistenza distrettuale da garantire ai cittadini con costi a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e la definisce come l'insieme delle prestazioni erogabili che comportano la fornitura di protesi, ortési e ausili tecnologici nell'ambito di un piano riabilitativo-assistenziale volto alla prevenzione, correzione o compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento di attività residue, nonché alla promozione dell'autonomia della persona assistita.

L'Allegato 5 del suddetto DPCM 12 gennaio 2017 reca il nuovo Nomenclatore della protesica, il quale contiene gli elenchi delle prestazioni e delle tipologie di dispositivi erogabili a carico del SSN, aggiornando la disciplina di erogazione dell'assistenza protesica contenuta nel decreto Ministro della Sanità 27 agosto 1999, n. 332, nei termini seguenti:

- Elenco 1 - Dispositivi su misura: contiene protesi e ortesi costruite o allestite su misura da un professionista abilitato all'esercizio della specifica professione sanitaria o arte sanitaria ausiliaria, gli aggiuntivi e le prestazioni di manutenzione, riparazione, adattamento o sostituzione di componenti di ciascuna protesi o ortési;
- Elenco 2A - Dispositivi di serie che richiedono la messa in opera da parte del tecnico abilitato: contiene ausili tecnologici di fabbricazione continua o di serie che devono essere applicati dal professionista sanitario abilitato;
- Elenco 2B - Dispositivi di serie pronti per l'uso: contiene ausili tecnologici di fabbricazione continua o di serie che non richiedono l'applicazione da parte del professionista sanitario abilitato.

L'Allegato 12 "*Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica*" del DPCM 12 gennaio 2017, all'art 2, comma 1 stabilisce che l'erogazione dei dispositivi su misura avvenga avvalendosi di soggetti iscritti al registro istituito presso il Ministero della Salute e "*accreditati dalle regioni ai sensi della normativa vigente previa verifica del possesso dei requisiti di cui al comma 2*". In esso si stabilisce inoltre che, con accordo stabilito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, vengano definite linee di indirizzo per la fissazione dei requisiti per l'accreditamento degli erogatori sopra citati, affinché siano garantite qualità e sicurezza delle prestazioni erogate oltre che il rispetto delle esigenze dell'assistito in termini di accessibilità, riservatezza e comfort ambientale.

Stante l'assenza ad oggi di dette linee di indirizzo nazionali e nelle more della definizione delle stesse, si ritiene necessario, in considerazione anche delle esigenze manifestate dalle Associazioni di categorie in tal senso, elaborare un documento regionale di indirizzo che individui gli standard minimi di riferimento degli erogatori di dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici, necessari per il rilascio dell'autorizzazione alla



fornitura a carico del SSN di tali dispositivi da parte dell’Azienda ULSS di competenza territoriale e per il successivo inserimento nell’elenco regionale.

Tuttavia, corre l’obbligo ricordare che il comma 3 dell’art. 64 “*Norme finali e transitorie*” del sopracitato DPCM precisa che l’entrata in vigore delle disposizioni in materia di erogazione di dispositivi protesici inclusi nell’elenco 1 (art. 17 comma 3 lettera a) è condizionata alla pubblicazione delle tariffe massime delle prestazioni con successivo provvedimento nazionale. Pertanto, allo stato attuale è ancora vigente l’Elenco 1 del decreto del Ministro della Sanità 27 agosto 1999, n. 332 in cui sono inseriti i dispositivi (protesi, ortesi e ausili tecnici) costruiti su misura e quelli di serie la cui applicazione richiede modifiche eseguite da un tecnico abilitato.

La Regione del Veneto già con DGR n.83 del 19/01/2000, nel dare attuazione alla normativa nazionale, aveva disciplinato questa materia istituendo il Registro regionale degli erogatori dei dispositivi protesici di cui al sopradetto Elenco 1 – DM 332/1999 e con successiva D.G.R. n. 3724 del 20.12.2002 aveva dettato disposizioni in ordine alle modalità di acquisizione degli ausili di cui agli elenchi 2 e 3 del DM 332/99.

In seguito, con decreto dirigenziale n. 554 del 13 aprile 2000 e successive modifiche ed integrazioni -decreto del Dirigente Settore Farmaceutico-Protesica –Dispositivi medici n. 1 del 5.1.2016- venivano recepite le predette deliberazioni ed emanate disposizioni per le aziende erogatrici di dispositivi medici relativa all’assistenza protesica ai fini dell’iscrizione nel Registro Regionale.

Si fa presente a riguardo inoltre che la competente Direzione regionale provvedeva annualmente, con proprio atto, ad aggiornare detto Registro. Allo stato dell’arte risultano registrati complessivamente n. 1311 erogatori.

La competente Direzione regionale, ai fini della revisione della materia in oggetto, si è avvalsa del supporto tecnico e scientifico del Tavolo regionale per l’assistenza protesica (TRAP), istituito con DGR n. 850 del 13.6 2017, opportunamente integrato con professionalità specifiche per la materia di cui trattasi (riunioni del 24.05.2018, 31.10.2018, 26.11.2018, 12.12.2018, 10.4.2019) e ha condiviso con le Associazioni di categoria alla presenza dei componenti del TRAP (nelle riunioni del 5.11.2019 e del 6.07.2020) i seguenti documenti di cui si propone l’approvazione con la presente delibera:

- “Criteri, requisiti e procedure per il rilascio dell’autorizzazione alla fornitura di dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici a carico SSN e successivo inserimento nell’elenco regionale degli erogatori” (**Allegato A**), che tra l’altro definiscono le modalità di presentazione delle domande da parte di nuovi erogatori nonché da parte di erogatori già in attività ai sensi della citata DGR 83/2000 per il mantenimento della propria inclusione nell’elenco regionale degli erogatori a carico del SSN ;

- “Modello di domanda” che gli erogatori dei citati dispositivi, qualora interessati alla fornitura a carico del SSN, sono tenuti a compilare (**Allegato A1**);
- “Modello di verbale di ispezione presso l’Unità Locale” che le Aziende ULSS di competenza territoriale dovranno compilare in sede di ispezione presso gli erogatori (**Allegato A2**);

“Modello informativa *privacy* aziendale” - Regolamento 2016/679/UE – GDPR (**Allegato A3**).

Per quanto concerne le tariffe da corrispondere per le prestazioni di assistenza protesica, si fa presente che il comma 3, art 2 “*Individuazione degli erogatori di protesi e ortesi su misura*” dell’Allegato 12 –DPCM 12 gennaio 2017- testualmente recita: “ *Le regioni e le aziende sanitarie locali definiscono gli accordi e stipulano i contratti previsti dalla normativa vigente, con gli erogatori di protesi e ortesi su misura accreditati ai sensi del comma 1. Ferme restando le tariffe massime delle prestazioni di assistenza protesica fissate dal Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell’articolo 8-sexies, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, le regioni adottano il proprio sistema tariffario*”. Nelle more della definizione delle tariffe ai sensi di detta norma e tenuto conto della rideterminazione dei requisiti minimi (Allegato A) che assicurano all’utente un servizio di garanzia sempre più di qualità e sicurezza anche in termini di accessibilità, riservatezza e comfort ambientale, così come peraltro espressamente stabilito dallo stesso DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 12, art. 2, comma, 1, si applicano le tariffe massime vigenti definite dal DM 332/99 (DGR 83/2000).

Con riferimento agli erogatori con attività già in essere a carico del SSN ai sensi della DGR 83/2000, ai quali era stata riconosciuta la tariffa regionale dell’80% rispetto alla massima nazionale (che allo stato



dell'arte risultano essere complessivamente n. 98 erogatori, pari a circa il 6,9 % sul totale degli stessi), si stabilisce che il riconoscimento della tariffa pari al 100% della tariffa nazionale sarà corrisposta solo a seguito del rilascio di autorizzazione da parte dell'Azienda ULSS o, in caso di eventuali prescrizioni formalizzate nel corso della visita ispettiva preordinata al rilascio di detta autorizzazione, secondo quanto previsto nel documento Allegato A, paragrafo B, a seguito dell'assolvimento delle stesse.

Si propone da ultimo di incaricare la Direzione Farmaceutico-Protesica- Dispositivi medici di dare esecuzione alla presente delibera, ivi incluso l'aggiornamento annuale dell'elenco regionale degli erogatori dei dispositivi ortopedici, ottici e audioprotesici autorizzati, nel sito ufficiale regionale e di incaricare, altresì, le Aziende ULSS di dare attuazione agli adempimenti previsti a proprio carico, ivi inclusa la nomina, entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento, di apposita commissione multidisciplinare presieduta dal Direttore (o suo delegato) del Dipartimento di Prevenzione locale e costituita almeno da un operatore dell'ufficio Qualità/Accreditamento e da un rappresentante dell'associazione di competenza del settore (ortopedista, ottico, audioprotesista, in base alla tipologia dei dispositivi per i quali l'erogatore ha fatto richiesta di autorizzazione), per l'effettuazione della visita ispettiva presso i locali della sede operativa o filiale ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'erogazione di protesi, ortesi ed ausili a carico del SSN, previa verifica della completezza della documentazione prodotta. Detta Commissione Aziendale provvederà in ogni caso ad effettuare visite ispettive ordinarie secondo tempistiche definite dall'Azienda ULSS medesima (comunque non oltre 3 anni dal rilascio dell'autorizzazione) sulla base dell'analisi del rischio in relazione sia alla fattispecie di Unità Locale che alla tipologia di dispositivo erogato.

Non sono previsti corrispettivi a favore dei componenti della Commissione.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

#### LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTA la legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19 "*Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS*";

VISTO il decreto del Ministro della Sanità 27 agosto 1999, n. 332 - Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN: modalità di erogazione e tariffe

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 83 del 19 gennaio 2000 "*Istituzione del Registro regionale degli erogatori dei dispositivi protesici elenco 1 - DM 332/99*";

VISTI il decreto del Dirigente dirigenziale n. 554 del 13 aprile 2000 di istituzione del registro regionale e successivi decreti di aggiornamento DDR n. 3 del 27.03.2018 "*Aggiornamento del Registro Regionale degli erogatori dei dispositivi protesici (Elenco 1 – D.M. Sanità n.332/1999; DPCM. 12.1.2017, Allegato 12, art. 4 Norme transitorie)*" e DDR n. 1 del 05.01.2016 "*Nuova modulistica regionale per l'iscrizione nel registro regionale degli erogatori dei dispositivi protesici*".

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*";

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 850 del 13 giugno 2017 "*Tavolo Regionale per l'Assistenza Protesica. Istituzione*";



VISTI i verbali delle sedute del Tavolo TRAP del 24.05.2018, 31.10.2018, 26.11.2018, 12.12.2018, 10.4.2019 e i verbali degli incontri con le Associazioni di categoria del 5.11.2019 e del 6.07.2020;

VISTA la L.R. 31.12.2012, n. 54 *Legge regionale per l'ordinamento e le attribuzioni delle strutture della Giunta Regionale in attuazione della Legge Regionale Statutaria 17 aprile 2012, n. 1 "Statuto del Veneto*, art. 2 comma 2, lett. o);

#### DELIBERA

1. di dare atto che le premesse costituiscono parte integranti del presente provvedimento;
2. di approvare i seguenti allegati, parti integranti del presente provvedimento:
  - l'**Allegato A** "*Criteria, requisiti e procedure per il rilascio dell'autorizzazione alla fornitura di dispositivi ortopedici, ottici e audioprotesici a carico SSN e successivo inserimento nell'elenco regionale degli erogatori*";
  - l'**Allegato A1**: "*Modello di domanda*" che gli erogatori dei dispositivi ortopedici, ottici e audioprotesici, qualora interessati alla fornitura a carico del SSN, sono tenuti a compilare;
  - l'**Allegato A2**: "*Modello di verbale di ispezione presso l'Unità Locale*" che le Aziende ULSS di competenza territoriale dovranno compilare in sede di ispezione presso gli erogatori;
  - l'**Allegato A3** "*Modello informativa privacy aziendale*" - Regolamento 2016/679/UE – GDPR;
3. di incaricare le Aziende ULSS di dare attuazione agli adempimenti di propria competenza, ivi inclusa la nomina della Commissione multidisciplinare secondo tempi e modalità indicate in premessa, l'effettuazione delle visite ispettive presso gli erogatori nonché l'adattamento e pubblicazione dell'informativa privacy di cui all'Allegato A3;
4. di dare atto che non sono previsti corrispettivi a favore dei componenti della Commissione di cui al punto 3;
5. di incaricare il Direttore della Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici dell'esecuzione del presente atto, ivi incluso l'aggiornamento annuale dell'elenco regionale degli erogatori dei dispositivi ortopedici, ottici e audioprotesici autorizzati, disponibile nel sito ufficiale regionale e dell'aggiornamento della modulistica di cui al punto 2.;
6. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
7. di pubblicare il presente atto nel Bollettino ufficiale della Regione.

IL VERBALIZZANTE  
Vicesegretario della Giunta Regionale  
ai sensi della DGR 1217/2015  
f.to - Dott.ssa Stefania Zattarin -





**CRITERI, REQUISITI E PROCEDURE PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALLA FORNITURA DI DISPOSITIVI ORTOPROTESICI, OTTICI E AUDIOPROTESICI A CARICO SSN E SUCCESSIVO INSERIMENTO NELL'ELENCO REGIONALE DEGLI EROGATORI**

Le disposizioni di cui al presente documento si applicano alle Unità Locali ubicate nel territorio regionale, di seguito denominate Sedi Operative e Filiali, facenti capo a ditte/società che presentano domanda di autorizzazione alla fornitura di dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e successivo inserimento nell'elenco regionale o che presentano domanda per il mantenimento della propria inclusione in detto elenco in quanto già esercenti l'attività ai sensi della delibera di Giunta regionale n. 83/2000.

Le Unità Locali devono essere ad uso esclusivo della ditta/società istante.



**DEFINIZIONI**

Ai fini del presente documento, per:

**Sede operativa s'intende**

- con riferimento alle aziende ortopediche, l'Unità Locale ove si svolge sia l'attività di produzione dei dispositivi che di prestazione a contatto con l'assistito (valutazione, rilievo misure, prova, consegna e assistenza post fornitura del dispositivo). Detta Unità deve essere dotata delle caratteristiche strutturali e strumentali descritte nel presente documento e assicurare la presenza del/i tecnico/i ortopedico/i garantita per l'intero orario di apertura al pubblico.

L'attività di produzione può essere svolta in locale, di seguito denominato laboratorio, posto all'interno della sede operativa oppure all'esterno della stessa;

- con riferimento alle aziende ottico-optometriche, l'Unità Locale ove si effettua sia l'attività di produzione dei dispositivi che di prestazione a contatto con l'assistito (valutazione, rilievo misure, prova, consegna e assistenza post fornitura del dispositivo). Detta Unità deve essere dotata delle caratteristiche strutturali e strumentali descritte nel presente documento e assicurare la presenza dell'ottico - tecnico optometrista garantita per l'intero orario di apertura al pubblico.

L'attività di produzione deve essere svolta in locale, di seguito denominato laboratorio, posto all'interno della sede operativa oppure all'esterno della stessa;

- con riferimento alle aziende audioprotesiche, l'Unità Locale ove si effettua la prestazione di valutazione, rilievo misure, prova, consegna e assistenza post fornitura del dispositivo all'assistito. Detta Unità deve essere dotata delle caratteristiche strutturali e strumentali descritte nel presente documento e assicurare la presenza del tecnico audioprotesista durante tutto l'orario di apertura al pubblico;

**Filiale s'intende**

- con riferimento alle aziende ortopediche, l'Unità Locale ove si effettua la sola prestazione di valutazione, rilievo misure, prova, consegna e assistenza post fornitura del dispositivo all'assistito; la filiale non è pertanto dotata di Locale laboratorio per la produzione del dispositivo. Detta Unità deve essere dotata delle caratteristiche strutturali e strumentali descritte nel presente documento e assicurare la presenza del tecnico ortopedico esclusivamente in giorni ed orari stabiliti. La filiale si avvale di Sedi Operative autorizzate;

- con riferimento alle aziende ottico-optometriche, l'Unità Locale ove si effettua la sola prestazione di valutazione, rilievo misure, prova, consegna e assistenza post fornitura del dispositivo all'assistito; la filiale non è pertanto dotata di Locale laboratorio per la produzione del dispositivo. Detta Unità deve essere dotata delle caratteristiche strutturali e strumentali descritte nel presente documento e assicurare la presenza dell'ottico esclusivamente in giorni ed orari stabiliti. La filiale si avvale di Sedi Operative autorizzate;

- con riferimento alle aziende audioprotesiche, l'Unità Locale ove si effettua la prestazione di valutazione, rilievo misure, prova, consegna e assistenza post fornitura del dispositivo all'assistito. Detta Unità deve essere dotata delle caratteristiche strutturali e strumentali descritte nel presente documento e assicurare la presenza del tecnico audioprotesista esclusivamente in giorni ed orari stabiliti.

**Azienda ULSS competente s'intende**

- Azienda ULSS nel cui territorio è ubicata l'Unità Locale oggetto dell'istanza di autorizzazione.



A) PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA FORNITURA DI DISPOSITIVI ORTOPROTESICI, OTTICI E AUDIOPROTESICI A CARICO DEL SSN DA PARTE DI NUOVI EROGATORI E SUCCESSIVO INSERIMENTO NELL'ELENCO REGIONALE

La domanda di autorizzazione all'erogazione dei dispositivi ortoprotesici, ottici o audioprotesici a carico del SSN, nella quale il richiedente autocertifica di essere in possesso dei requisiti previsti, nelle more di un eventuale informatizzazione del percorso, deve essere effettuata utilizzando il modello **Allegato A1**, compilato rispetto alla specificità dei dispositivi da erogare ed inoltrata a mezzo PEC all'Azienda ULSS competente.

Qualora il richiedente intenda svolgere la propria attività tramite più Unità Locali (sedi operative o filiali) dovrà presentare domanda per ciascuna di esse.

La Commissione dell'Azienda ULSS competente, costituita ai sensi del punto 3 del dispositivo della presente delibera a seguito della ricezione della domanda, deve effettuare, previa verifica della completezza della documentazione prodotta, la visita ispettiva presso i locali della sede operativa o filiale al fine di riscontrare l'idoneità degli stessi.

L'ispezione dovrà essere effettuata entro 60 giorni dalla ricezione della domanda utilizzando il modello **Allegato A2**, alla presenza del titolare o legale rappresentante (o suo delegato).

Qualora nel corso dell'ispezione la competente Commissione aziendale rilevi la mancanza di taluni requisiti minimi o discrepanze rispetto a quanto dichiarato nella domanda, l'istante dovrà, entro un termine concordato con la Commissione stessa e verbalizzato, comunque non superiore a 12 mesi, decorrente dalla data dell'ispezione, adeguarsi alla normativa regionale.

Nei 30 giorni successivi al sopralluogo, l'Azienda ULSS, in considerazione dell'esito dell'iter ispettivo, adotta il provvedimento conclusivo, dandone comunicazione all'istante. L'efficacia di tale provvedimento in presenza di prescrizioni è da ritenersi sospesa fino all'accertato assolvimento delle stesse, secondo modalità definite dall'Azienda ULSS competente, nei termini indicati nel verbale di ispezione. Il provvedimento autorizzativo decade automaticamente in caso di mancato adeguamento entro i termini concordati e verbalizzati.

Saranno prese in considerazione eventuali deroghe correlate ai regolamenti comunali locali.

L'Azienda ULSS trasmetterà il provvedimento autorizzativo efficace alla Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi Medici regionale – Area Sanità e Sociale, che provvederà all'aggiornamento dell'elenco regionale, secondo le modalità di cui al paragrafo C.

Qualora il richiedente intenda svolgere la propria attività presso una filiale collegata ad una azienda la cui sede operativa non è ubicata nel territorio regionale e quindi non soggetta alla normativa della Regione del Veneto, dovrà attestare la regolarità dell'esercizio nella sede operativa secondo la normativa vigente nella regione di riferimento, ovvero dichiarare che la materia di cui trattasi nella regione di riferimento non è normata.



B) PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA FORNITURA DI DISPOSITIVI ORTOPROTESICI, OTTICI E AUDIOPROTESICI A CARICO DEL SSN PER IL MANTENIMENTO DELLA PROPRIA INCLUSIONE NELL'ELENCO REGIONALE DEGLI EROGATORI CHE GIA' ESERCITANO LA LORO ATTIVITA' A CARICO DEL SSN IN VIRTU' DELLA DGR 83/2000

La domanda di autorizzazione per il mantenimento all'erogazione dei dispositivi ortoprotesici, ottici o audioprotesici a carico del SSN, nella quale il richiedente autocertifica di essere in possesso dei requisiti previsti, nelle more di un eventuale informatizzazione del percorso, deve essere effettuata utilizzando il modello **Allegato A1** compilato rispetto alla specificità dei dispositivi in corso di erogazione ed inoltrata a mezzo PEC all'Azienda ULSS competente.

Qualora l'azienda svolga la propria attività tramite più Unità Locali (sedi operative o filiali) dovrà presentare domanda per ciascuna di esse.

Tali erogatori dovranno presentare, entro il termine di 90 giorni dalla data di pubblicazione della presente delibera, la domanda all'Azienda ULSS competente per il mantenimento della propria inclusione nell'elenco regionale. Coloro che non presenteranno istanza entro i termini sopra indicati non potranno più erogare gli ausili a carico del SSN e saranno esclusi dall'elenco regionale.

Decorso tale termine di 90 giorni, la Commissione dell'Azienda ULSS competente, costituita ai sensi del punto 3 del dispositivo della presente delibera, deve effettuare, previa verifica della completezza della documentazione prodotta, la visita ispettiva presso i locali della sede operativa o filiale, alla presenza del titolare o legale rappresentante (o suo delegato), al fine di riscontrare l'idoneità degli stessi entro e non oltre i successivi 12 mesi.

Ai fini dell'ispezione le Aziende ULSS utilizzeranno il modello **Allegato A2**.

Qualora nel corso dell'ispezione la competente Commissione aziendale rilevi la mancanza di taluni requisiti minimi o discrepanze rispetto a quanto dichiarato nella domanda, l'istante dovrà, entro un termine concordato con la Commissione stessa e verbalizzato, comunque non superiore a 12 mesi, decorrente dalla data dell'ispezione, adeguarsi alla normativa regionale.

Nei 30 giorni successivi al sopralluogo, l'Azienda ULSS, in considerazione dell'esito dell'iter ispettivo, adotta il provvedimento conclusivo, dandone comunicazione all'istante.

Tale provvedimento in caso di mancato assolvimento delle prescrizioni nei termini stabiliti, accertato dalla Azienda ULSS secondo modalità dalla stessa definita, decade automaticamente.

Saranno prese in considerazione eventuali deroghe correlate ai regolamenti comunali locali.

L'Azienda ULSS trasmetterà il provvedimento autorizzativo alla Direzione Farmaceutico- Protesica-Dispositivi Medici regionale – Area Sanità e Sociale.

Ai fini dell'aggiornamento dell'elenco regionale, secondo le modalità di cui al successivo paragrafo C, l'Azienda ULSS:

- invierà alla medesima Direzione l'elenco degli erogatori che avranno presentato domanda nei termini previsti;
- segnalerà alla medesima Direzione gli erogatori che per mancato assolvimento delle prescrizioni, nei termini sopra indicati, e conseguente decadenza dell'autorizzazione, non potranno più erogare a carico del SSN.



### C) ELENCO REGIONALE DEGLI EROGATORI DEI DISPOSITIVI ORTOPROTESICI, OTTICI E AUDIOPROTESICI

La Regione, nelle more di un'eventuale attivazione di uno specifico sistema informatizzato, pubblica e aggiorna tempestivamente, sulla base delle comunicazioni aziendali, l'elenco regionale degli erogatori dei dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici autorizzati all'erogazione a carico del SSN, nel sito ufficiale alla seguente pagina <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/assistenza-protetica>.

Nella medesima pagina web la Regione darà anche evidenza degli erogatori esclusi per il venir meno dei requisiti previsti secondo le comunicazioni aziendali.

Gli erogatori una volta autorizzati, dovranno comunicare alla Azienda ULSS competente nel termine di 30 giorni, ogni variazione relativa a stati, fatti, condizioni e titolarità che dovesse intervenire successivamente.

Nel caso di modifiche strutturali, l'erogatore dovrà seguire l'iter previsto per la presentazione dell'istanza da parte dei nuovi erogatori e pertanto dovrà presentare una nuova istanza di iscrizione all'Azienda ULSS competente.

### D) PRESTAZIONI EXTRAREGIONALI

Nei casi in cui l'assistito scelga un erogatore collocato fuori dal territorio della Regione del Veneto, dovrà rivolgersi esclusivamente a Soggetti legittimati alla dispensazione della prestazione protesica a carico del SSN, autorizzate all'uso secondo i criteri e i requisiti determinati dalla Regione, ove emanati, in cui è ubicata la struttura prescelta.

L'Azienda ULSS di residenza del paziente potrà autorizzare l'erogazione della prestazione necessaria solo dopo aver verificato l'iscrizione dell'erogatore nell'elenco regionale della regione di appartenenza (ove presente), ovvero dovrà verificare la registrazione dell'erogatore nell'Elenco dei fabbricanti e dei mandatarî di dispositivi medici su misura con sede in Italia tenuto dal Ministero della Salute ed il relativo codice ITCA, nonché l'iscrizione all'ordine professionale del Direttore/Responsabile Tecnico, ove previsto, ovvero, con riferimento alle aziende ottico-optometriste, acquisire copia del diploma di abilitazione. L'Azienda ULSS di pertinenza territoriale riconoscerà al soggetto erogatore un importo massimo pari alla tariffa vigente per la medesima prestazione nella Regione Veneto.

Qualora trattasi di dispositivi costruiti su misura, l'Azienda ULSS riconoscerà al soggetto erogatore un importo massimo pari alla tariffa vigente per la medesima prestazione nella Regione del Veneto.

Le condizioni di garanzia e assistenza tecnica, ricadono negli obblighi e adempimenti del soggetto erogatore prescelto dall'assistito. Pertanto, l'assistito che richieda adattamenti, adeguamenti o riparazioni del dispositivo medico fornito extraregione, nel periodo di validità della garanzia, dovrà rivolgersi al medesimo soggetto erogatore responsabile dell'allestimento su misura.

### E) REQUISITI DOCUMENTALI, ORGANIZZATIVI E FUNZIONALI, STRUTTURALI

Di seguito sono descritti i requisiti di carattere generale e specifici per tipologia di dispositivo, di tipo documentale, strutturale, organizzativo e relativi alla dotazione organica che gli erogatori devono possedere per poter fornire dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici per conto del SSN.

#### E1) REQUISITI DOCUMENTALI

Nel modello di domanda, di cui all'Allegato A1 alla presente delibera, l'istante dovrà implementare la sezione "requisiti documentali" riportando le informazioni ivi declinate.



## E2 ) REQUISITI ORGANIZZATIVI E FUNZIONALI

Relativamente al personale operante presso le Unità Locali dovranno essere soddisfatti i requisiti di seguito riportati.

Presso ciascuna sede operativa deve essere presente un Direttore Tecnico (in caso di azienda erogatrice di prestazioni ortoprotesiche) o Responsabile Tecnico (in caso di azienda erogatrice di prestazioni ottico-optometriche o audioprotesiche) in possesso del titolo abilitante previsto per materia e che abbia maturato almeno 5 anni di esperienza nel settore (come collaboratore/direttore tecnico/responsabile tecnico). Il Direttore Tecnico risulterà la figura responsabile dell'adempimento dei requisiti di cui alla presente disciplina regionale.

Il personale tecnico sanitario, pertinente con la tipologia di dispositivi che vengono erogati (tecnico ortopedico, audioprotesista o ottico optometrista), deve operare in nome e per conto dell'erogatore mediante un rapporto di titolarità, di dipendenza o di attività libero professionale, in via esclusiva, che ne assicuri la presenza come di seguito specificato:

- **nella sede operativa** - per l'intero orario di apertura al pubblico della struttura, fatte salve le eventuali assenze per giustificato motivo documentabile, e per tutte le fasi relative alla fornitura (dalla presa in carico del paziente alla consegna del dispositivo);
- **nella filiale** - per almeno 4 ore per 3 volte alla settimana. La presenza dovrà essere garantita nei giorni prestabiliti per rilevazioni, prove e modifiche, fatte salve le eventuali assenze per giustificato motivo documentabile. I giorni e l'orario nei quali il professionista sanitario è presente dovranno essere esposti in maniera chiara presso l'esterno dei Locali della filiale stessa.

Il numero dei tecnici presenti nell'Unità Locale (sede operativa e filiale) deve essere funzionale alla quantità delle prestazioni erogate, tenuto conto anche della presenza del Direttore Tecnico/Responsabile Tecnico. L'organigramma aziendale, con le funzioni svolte e la relativa qualifica professionale, deve essere chiaramente esposto al pubblico all'interno di ciascuna Unità Locale.

Nelle Unità Locali non possono essere svolte attività diverse da quelle espressamente previste dalla presente disciplina (ad esempio, attività di recapito o Info Point). Deve essere infatti assicurata all'utente un'adeguata ambientazione, degna del rispetto della persona, della privacy, e adeguatamente attrezzata per le attività sanitarie di specie.

## E3 REQUISITI STRUTTURALI

Requisiti minimi strutturali di carattere generale

Trattandosi di attività di tipo misto artigianale di servizio e commerciale, ciascuna Unità Locale (sede operativa o filiale) dovrà essere localizzata in ambienti proporzionati, per dimensione e riparto di vani, al volume di prestazioni erogate e comunque idonei a garantire un'accoglienza adeguata nel rispetto delle norme inerenti la privacy e un servizio appropriato alla tipologia delle prestazioni sanitarie che si intendono erogare.

- In tutti i locali devono essere assicurate illuminazione e ventilazione adeguate, in conformità a quanto indicato dal D. Lgs.81/2008 "Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro" 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.
- Le zone di accesso agli utenti con disabilità motoria devono essere prive di barriere architettoniche oppure dotate di adeguati mezzi tecnologici per il superamento delle stesse (rampe, montascale, etc.).
- Deve essere presente un servizio igienico, dedicato agli operatori, il quale deve essere comunicante con un antibagno dotato di lavabo.
- Ogni vano WC deve possedere i seguenti requisiti:



- a. la porta di accesso deve essere apribile verso l'esterno;
  - b. in ciascun vano WC, se presente una finestra apribile, questa deve essere di superficie pari ad almeno 0,40 m<sup>2</sup>; in assenza di finestra con tale caratteristica deve essere presente la ventilazione artificiale (che 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), fermo restando che l'antibagno deve essere dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o quanto meno di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta.
- Qualora il servizio igienico dedicato agli operatori sia messo a disposizione anche del pubblico, lo stesso dovrà essere privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 (allegato A). Qualora oltre al servizio igienico dedicato agli operatori ne sia presente uno ad uso esclusivo degli utenti, quest'ultimo deve essere privo di barriere architettoniche ed avere le caratteristiche di cui al punto precedente.
  - I locali dedicati al rilievo delle misure, alle prove e all'applicazione dei dispositivi da fornire e il locale laboratorio devono essere dedicati al processo erogativo di una sola tipologia di protesi (ortopediche, audioprotesiche o ottiche). Un'azienda che intenda pertanto presentare istanza per l'erogazione di diverse tipologie di dispositivi (ortopedici, audioprotesici o ottici) dovrà essere provvista di locali differenti per ogni tipologia di dispositivo che intende erogare.
  - La ripartizione e le dimensioni dei locali/aree devono rispettare i requisiti minimi strutturali specifici per le diverse discipline ortopediche, audioprotesiche e ottiche, di seguito descritti.
  - Il locale di vendita aperto al pubblico deve essere dotato di:
    - area di attesa opportunamente attrezzata con un numero congruo di sedie amovibili al fine di ospitare gli utenti in attesa dell'erogazione del dispositivo protesico;
    - area di consegna dei dispositivi protesici atta a consentire la tutela della privacy dell'assistito al momento della richiesta e dell'erogazione degli stessi.
  - Deve essere presente un locale ad uso ufficio o in alternativa un'area, all'interno dei locali (ufficio/area amministrativa), da dedicare alle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei dispositivi e la conservazione della documentazione a garanzia della tutela dei dati sensibili degli assistiti.

#### Requisiti minimi strutturali specifici per erogatori di dispositivi orto-protesici

A completamento di quanto riportato nel paragrafo relativo ai requisiti minimi strutturali di carattere generale, si indicano di seguito i requisiti minimi strutturali specifici per le aziende orto-protesiche.

#### **Locale laboratorio (solo per sede operativa)**

Il laboratorio deve avere 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, e rispetto ai dispositivi orto-protesici su misura deve pertanto soddisfare le seguenti caratteristiche minime:

- Collocazione fuori terra;
- Dimensione minima non inferiore a 30m<sup>2</sup> o a 40m<sup>2</sup> (30m<sup>2</sup> + 10m<sup>2</sup>), in funzione dell'ubicazione del magazzino (come di seguito descritto), per calzature e/o plantari;
- Dimensione minima non inferiore a 60m<sup>2</sup> per calzature, plantari, tutori di arto inferiore e superiore, busti per scoliosi, sistemi posturali e protesica;
- Altezza interna non inferiore a 3 metri lineari;
- Pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m;
- Illuminazione naturale diretta 1/10 della superficie di calpestio di cui il 50% della superficie illuminante sia apribile.

Il locale laboratorio deve prevedere, a supporto, un'area dedicata alla funzione di magazzino in cui vengono depositate e stoccate le materie prime, la componentistica ed i prodotti finiti. È ammesso anche, in alternativa, utilizzare un locale attiguo, distinto dal laboratorio; in entrambi i casi l'area dedicata alla funzione di magazzino deve avere le seguenti caratteristiche:

- dimensione minima non inferiore a 10m<sup>2</sup> (in aggiunta ai 30m<sup>2</sup> del laboratorio);
- dimensione minima non inferiore a 15m<sup>2</sup> (in aggiunta ai 60m<sup>2</sup> del laboratorio);
- altezza interna non inferiore a 2,40 metri lineari (requisito richiesto solo se il magazzino è situato in un locale distinto dal laboratorio);



- pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m;
- 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).

**Area magazzino (solo per le filiali)**

Anche la filiale deve essere dotata di un locale o di un'area da destinare a magazzino, sebbene di dimensioni inferiori a quanto sopra previsto per la sede operativa, posto che lo stoccaggio della merce è ridotto.

**Locale prova utenti**

In questo locale vengono effettuati i rilievi delle misure, le prove e l'applicazione dei dispositivi agli assistiti; esso deve avere una superficie in pianta sufficiente a consentire lo svolgimento delle prove e l'adattamento dei dispositivi e dev'essere adeguato alla tipologia dei dispositivi erogati. Il predetto locale non prevede la presenza continuativa di lavoratori e deve avere le seguenti caratteristiche:

- Dimensione minima non inferiore a 9m<sup>2</sup>;
- Altezza interna non inferiore a 2,70 metri lineari;
- Illuminazione e ventilazione naturale diretta 1/10 ed 1/20 della superficie di calpestio; in alternativa sono ammesse l'illuminazione e la ventilazione artificiali.

**Locale spogliatoio**

Lo spogliatoio per gli addetti deve avere una superficie in pianta non inferiore a 1,5m<sup>2</sup> per addetto. Di norma vanno assicurate l'illuminazione e l'aerazione naturale diretta nei rapporti rispettivamente di 1/10 e 1/20; nel caso di ventilazione meccanica va assicurato un ricambio orario di almeno 5 volumi d'aria all'ora.

**Requisiti minimi strutturali specifici per erogatori di dispositivi ottici**

A completamento di quanto riportato nel paragrafo relativo ai requisiti minimi strutturali di carattere generale, si indicano di seguito i requisiti minimi strutturali specifici per le aziende erogatrici di dispositivi ottici su misura.

**Locale laboratorio (solo per la sede operativa)**

Il laboratorio deve avere 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, e rispetto ai dispositivi ottici su misura deve pertanto soddisfare le seguenti caratteristiche minime:

- Collocazione fuori terra;
- Dimensione minima non inferiore a 12m<sup>2</sup> o a 18 m<sup>2</sup> (12m<sup>2</sup> + 6m<sup>2</sup>) in funzione dell'ubicazione del magazzino (come di seguito descritto);
- Altezza interna non inferiore a 3 metri lineari;
- Pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m;
- Illuminazione naturale diretta 1/10 della superficie di calpestio di cui il 50% della superficie illuminante sia apribile.

Il locale laboratorio può prevedere, a supporto, un'area dedicata alla funzione di magazzino in cui vengono depositate e stoccate le materie prime, la componentistica ed i prodotti finiti. È ammesso anche, in alternativa, utilizzare un locale attiguo, distinto dal laboratorio; in entrambi i casi l'area dedicata alla funzione di magazzino deve avere le seguenti caratteristiche:

- Dimensione minima non inferiore a 6m<sup>2</sup> (in aggiunta ai 12m<sup>2</sup> del laboratorio);
- Altezza interna non inferiore a 2,40 metri lineari (requisito richiesto solo se il magazzino è situato in un locale distinto dal laboratorio);
- Pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m;
- 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).



**Area magazzino (solo per le filiali)**

Anche la filiale può essere dotata di un locale o di un'area da destinare a magazzino, sebbene di dimensioni inferiori a quanto sopra previsto per la sede operativa, posto che lo stoccaggio della merce è ridotto.

**Locale prova utenti**

In questo locale vengono effettuati i rilievi delle misure, le prove e l'applicazione dei dispositivi agli assistiti; esso deve avere una superficie in pianta sufficiente a consentire lo svolgimento delle prove e l'adattamento dei dispositivi e dev'essere adeguato alla tipologia dei dispositivi erogati. Il predetto locale non prevede la presenza continuativa di lavoratori e deve avere le seguenti caratteristiche:

- Dimensione minima non inferiore a 9m<sup>2</sup>;
- Altezza interna non inferiore a 2,70 metri lineari;
- Illuminazione e ventilazione naturale diretta 1/10 ed 1/20 della superficie di calpestio; in alternativa sono ammesse l'illuminazione e la ventilazione artificiali.

**Locale spogliatoio**

È previsto un locale adibito a spogliatoio per gli addetti o, in alternativa, può essere presente un'area adibita a cambio d'abito provvista di armadietti. Se presente il locale spogliatoio (obbligatorio esclusivamente laddove l'organizzazione interna all'azienda preveda che i lavoratori indossino indumenti di lavoro specifici secondo le norme vigenti in materia di sicurezza sul posto di lavoro) lo stesso deve avere una superficie in pianta non inferiore a 1,5m<sup>2</sup> per addetto. Di norma vanno assicurate l'illuminazione e l'aerazione naturale diretta nei rapporti rispettivamente di 1/10 e 1/20; nel caso di ventilazione meccanica va assicurato un ricambio orario di almeno 5 volumi d'aria all'ora.

**Requisiti minimi strutturali specifici per erogatori di dispositivi audioprotesici**

A completamento di quanto riportato nel paragrafo relativo ai requisiti minimi strutturali di carattere generale, si indicano di seguito i requisiti minimi strutturali specifici per le aziende audioprotesiche.

**Locale laboratorio**

Nel caso di azienda erogatrice di dispositivi audioprotesici il laboratorio non è un requisito necessario, tuttavia deve essere garantita la presenza di un Locale o area magazzino di dimensioni proporzionate ai volumi della merce stoccata.

**Locale prova utenti**

In questo locale vengono effettuati i rilievi delle misure, le prove e l'applicazione dei dispositivi agli assistiti; esso deve avere una superficie in pianta sufficiente a consentire lo svolgimento delle prove e l'adattamento dei dispositivi e dev'essere adeguato alla tipologia dei dispositivi erogati. Nel caso specifico dei Locali dedicati alle prove audioprotesiche sono necessari degli spazi dedicati in cui devono essere abbattuti i rumori di fondo e il riverbero dei suoni; in alternativa a tali locali potrà essere presente un audiometro dotato di cuffie circumaurali per l'abbattimento del rumore esterno.

**Locale spogliatoio**

Relativamente alle aziende erogatrici di dispositivi audioprotesici, lo spogliatoio deve essere presente esclusivamente laddove l'organizzazione interna all'azienda preveda che i lavoratori indossino indumenti di lavoro specifici secondo le norme vigenti in materia di sicurezza sul posto di lavoro. In alternativa, può essere presente un'area adibita a cambio d'abito provvista di armadietti. Nel caso fosse previsto il locale spogliatoio deve avere una superficie in pianta non inferiore a 1,5 m<sup>2</sup> per addetto. Di norma vanno assicurate l'illuminazione e l'aerazione naturale diretta nei rapporti rispettivamente di 1/10 e 1/20; nel caso di ventilazione meccanica va assicurato un ricambio orario di almeno 5 volumi d'aria all'ora.



## ADEMPIMENTI DEGLI EROGATORI AUTORIZZATI

Gli erogatori devono garantire la fornitura delle prestazioni di assistenza protesica nei termini e secondo le disposizioni vigenti in materia e nel rispetto delle tempistiche fissate dalla regione (comma 11, art.1, allegato 12 – DPCM 12.1.2017).

L'erogatore garantirà la fornitura degli ausili, protesi e ortesi entro le tempistiche massime riportate nell'elenco 1 del DM. 332/99, fino all'entrata in vigore del nuovo elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017 (art. 64, comma 3).

A seguito dell'entrata in vigore dell'Elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017, gli erogatori dovranno garantire la fornitura degli stessi entro la tempistica massima di seguito descritta:

## 1- Elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017)

<b>CODICI ISO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>Giorni lavorativi</b>
04.06	Ausili per la terapia circolatoria	20
06.03	Ortesi spinali	30
06.06	Ortesi per arto superiore	
	- docce	20
	- tutori	20
06.12	Ortesi per arto inferiore	
	- tutori per caviglia e ginocchio	20
	- plantari	15
	- Docce	20
	- Tutori bacino, coscia, gamba	40
06.18	Protesi di arto superiore (ULPS)	
	- estetica	30
	- funzionale	60
06.24	Protesi di arto inferiore (LLPS)	
	- Provvisoria e temporanea	30
	- definitiva	90
06.30	Protesi non di arto (protesi oculari su misura)	40
06.33	Calzature ortopediche	40
12.27	Sedie da trasporto	30
18.09	Sedute e sistemi di seduta speciali	40
22.03	Ausili ottici correttivi su misura	40



2- Elenco 2a\_Allegato 5 – DPCM 12.1.2017– di serie che necessitano della prestazione della figura professionale tecnico sanitario)

CODICI ISO	DESCRIZIONE	Giorni lavorativi -
06.03	Ortesi spinali	20
06.06	Ortesi per arto superiore	20
06.12	Ortesi per arto inferiore	
	- ortesi bacino, coscia, gamba	20
	- ortesi per caviglia e ginocchio	20
06.33	Calzature ortopediche	20
12.22	Carrozine	20
18.09	Ausili per la posizione seduta	20
22.03	Ausili per la vista	20
22.06	Ausili per l'udito	20

#### CASI PARTICOLARI

In entrambe le circostanze sopra declinate (sia nella vigenza del DM 332/99 che all'entrata in vigore del Elenco 1 Allegato 5 al DPCM 12.1.2017) per i pazienti ricoverati in una struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, per i quali il medico responsabile dell'unità operativa certifichi la presenza di una menomazione grave e permanente e la necessità e l'urgenza dell'applicazione di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della dimissione, per l'attivazione tempestiva o la conduzione del piano riabilitativo – assistenziale, gli erogatori dovranno garantire la fornitura degli stessi nel rispetto dei tempi della dimissione, nei limiti delle possibilità e comunque con una tempistica ridotta del 30 % rispetto a quella standard vigente.

Stessa tempistica ridotta dovrà essere garantita nei casi in cui il medico specialista certifichi il carattere d'urgenza.

Devono altresì garantire le condizioni di seguito descritte:

- ✓ 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;
- ✓ garantire il controllo e la revisione del dispositivo erogato laddove necessario;
- ✓ assicurare l'erogazione della prestazione di assistenza protesica al domicilio per gli assistiti non deambulanti e su specifica richiesta del medico prescrittore.



Inoltre all'atto dell'erogazione del dispositivo su misura, l'erogatore rilascia una dichiarazione di conformità 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.

Per i dispositivi audioprotesici ed altri dispositivi adattati, l'erogatore, all'atto della fornitura, predisporre e consegna all'utente 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.

L'erogatore da ultimo deve dare contezza all'utente dell'eventuale importo a suo carico qualora il costo complessivo della prestazione risulti superiore all'importo massimo rimborsato dal SSN (cosiddetta "ricongiungibilità" di cui all'art. 17, comma 5, D.P.C.M. 12.01.2017).

### **Disposizioni finali**

In qualsiasi momento successivo al rilascio dell'autorizzazione aziendale, qualora a seguito di controlli venisse accertato il venire meno dei previsti requisiti e/o la mancata comunicazione di intervenute variazioni rispetto a quanto dichiarato in sede di presentazione della domanda entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e/o il mancato rispetto degli adempimenti di cui al precedente paragrafo, l'Azienda ULSS dà un tempo massimo di 60 giorni per la regolarizzazione dell'anomalia riscontrata. Decorso inutilmente tale termine l'autorizzazione decade.

L'Azienda ULSS territorialmente competente, secondo tempistiche dalla stessa definite (comunque non oltre 3 anni dal rilascio dell'autorizzazione), effettua visite ispettive ordinarie attraverso la commissione nominata all'uopo, sulla base dell'analisi del rischio in relazione sia alla fattispecie di Unità Locale che alla tipologia di dispositivo erogato.



## RIFERIMENTI NORMATIVI

## Normativa di riferimento generale:

- Regolamento (UE) del Parlamento Europeo e del Consiglio n. 745 del 5 aprile 2017 “relativo ai dispositivi medici, che modifica la direttiva 2001/83/CE, il regolamento (CE) n. 178/2002 e il regolamento (CE) n. 1223/2009 e che abroga le direttive 90/385/CEE e 93/42/CEE del Consiglio”
- Legge n. 1264 del 23 giugno 1927 “Disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie”
- Regio Decreto n. 1334 del 31 maggio 1928 “Regolamento per l'esecuzione della legge 23 giugno 1927, n. 1264, sulla disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie”
- Regio Decreto n. 1265 del 27 luglio 1934 “T.U. delle leggi sanitarie “ – art. 99,140-142, 383
- Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 "Istituzione del servizio sanitario nazionale"
- Legge n. 761 del 20 dicembre 1979 “Stato giuridico del personale delle Unità Sanitarie Locali”
- D. Lgs n. 502 del 30 dicembre 1992"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e s.m.i. art. 6, c.3 (15.4)
- D. Lgs 24 febbraio 1997, n. 46, recante attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici come novellato dal D. Lgs n. 37 del 25 gennaio 2010 “Attuazione della direttiva 2007/47/CE che modifica le direttive 90/385/CEE per il ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative ai dispositivi medici impiantabili attivi, 93/42/CEE concernente i dispositivi medici e 98/8/CE relativa all'immissione sul mercato dei biocidi.”
- Legge n. 42 del 26 febbraio 1999 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”
- D. Lgs n. 196 del 30 giugno 2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”
- Legge n. 43 del 1 febbraio 2006 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali”
- Legge regionale n. 16 del 12 luglio 2007 “Disposizioni generali in materia di eliminazione delle barriere architettoniche”
- D. Lgs n. 81 del 9 aprile 2008 “Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro” e s.m.i.
- Legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19 “Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero”. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS” e s.m.i.,
- DGR n. 1887 del 27 maggio 1997” Revisione circolare regionale n. 38/87 "Criteri generali di valutazione dei nuovi insediamenti produttivi e del terziario”;
- Decreto Ministro della Sanità n. 332 del 27/08/99 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe."
- DGR n. 83 del 18 gennaio 2000 “D.M. 27 agosto 1999 n. 332. “Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe”. Provvedimento attuativo.”
- Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.- Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa
- Decreto Ministro della Sanità 29 marzo 2001 “Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del D.Lgs.30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4, della L. 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, L. n. 251/2000”
- DGR n. 1428 del 6 settembre 2011 “Aggiornamento delle "Prescrizioni tecniche atte a garantire la fruizione degli edifici residenziali privati, degli edifici residenziali pubblici e degli edifici e spazi



privati aperti al pubblico, redatte ai sensi dell'art. 6, comma 1, della LR 12/07/2007 n. 16" *approvate con DGR n. 509 del 2/03/2011. (L.R. 16/07, art. 6, comma 1)*"

- Decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137 "Regolamento recante riforma degli ordinamenti professionali, a norma dell'art. 3, comma 5, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148"
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015)*"
- UNI EN ISO 9001:2015 - Sistemi di gestione per la qualità - Requisiti
- UNI CEI EN ISO 13485:2016 - Dispositivi medici - sistemi di gestione per la qualità-requisiti per scopi regolamentari

#### **Normativa di riferimento specifica per Tecnico Ortopedico:**

- Decreto Ministro della Sanità n. 665 del 14 settembre 1994 "Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale del **tecnico ortopedico**."
- Decreto Ministro della Sanità 27 luglio 2000 "**Equipollenza** del titolo di meccanico ortopedico ernista al diploma universitario di tecnico ortopedico, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base"
- Decreto Ministro della Sanità 13 marzo 2018 "**Costituzione degli Albi** delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione"

#### **Normativa di riferimento specifica per Ottico Optometrista:**

- Regio Decreto n.1334 del 31 maggio 1928: Regolamento per l'esecuzione della legge 23 giugno 1927, n. 1264, sulla disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie. (028U1334) (GU n.154 del 4-7-1928)

#### **Normativa di riferimento per Audioprotesista:**

- Decreto Ministro della Sanità n. 668 del 14 settembre 1994 "Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale del **tecnico audioprotesista**"
- Decreto Ministro della Sanità 27 luglio 2000 "**Equipollenza** di diplomi e di attestati al diploma universitario di tecnico-audiometrista, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base".
- Decreto Ministro della Sanità 13 marzo 2018 "**Costituzione degli Albi** delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione"





MODELLO DI DOMANDA

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

Al Direttore Generale  
Azienda ULSS n.  
PEC \_\_\_\_\_

Oggetto:

- Richiesta di autorizzazione alla nuova fornitura di dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici a carico del SSN e all'inserimento nell'elenco regionale degli erogatori (per nuovi erogatori) \*
- Richiesta di autorizzazione alla fornitura di dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici a carico del SSN per il mantenimento della propria inclusione nell'elenco regionale degli erogatori (per erogatori già presenti nell'elenco regionale in virtù della DGR n. 83/2000) \*

(\* selezionare l'oggetto pertinente)

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

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*  *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 nuova fornitura di dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici a carico del SSN e all'inserimento nell'elenco regionale degli erogatori

Oppure

- l'autorizzazione alla fornitura di dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici a carico del SSN per il mantenimento della propria inclusione nell'elenco regionale degli erogatori

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

#### ANAGRAFICA

Denominazione- Insegna	
Indirizzo (via, CAP, Comune)	
Cognome e Nome Referente* Se i recapiti del referente della sede operativa/filiale sono diversi da quanto sopra riportato specificare di seguito	
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)*	<b>CODICI ISO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	
	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)*	<b>CODICI ISO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	
	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 “Ausili su misura” Allegato 5 al DPCM 12.1.2017)**	<b>CODICI ISO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	
	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 – DPCM 12.1.2017– di serie che necessitano della prestazione della figura professionale tecnico sanitario)**	<b>CODICI ISO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	
	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	Carrozine	<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



**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**

Planimetria	<input type="checkbox"/> si allega
Autorizzazione commerciale comunale ovvero data presentazione DIAP/SCIA (riportare gli estremi )	<input type="checkbox"/> Autorizzazione n. del ..... Rilasciata da..... <input type="checkbox"/> DIAP/SCIA del..... Presentata a .....
Documento Programmatico sulla sicurezza dei dati personali (DPS) *  *GDPR 2018 Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali e s.m.i	<input type="checkbox"/> si dichiara di essere in possesso del Documento Programmatico sulla sicurezza dei dati personali (DPS)
Responsabile delle procedure informatiche	Cognome _____ Nome _____
Documento di Valutazione dei rischi (DVR) (D. Lgs. 81/2008)	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> non presente
Documentazione per la gestione della tracciabilità del prodotto e processo  (da compilare esclusivamente a cura delle sedi operative)	<input type="checkbox"/> si attesta l'utilizzo di fogli di lavoro che riportino: - materiali/componenti/dispositivi utilizzati per la costruzione del dispositivo, recanti certificazioni, lotto, etc; - le operazioni effettuate per la produzione del dispositivo, recanti il nominativo/i dell'operatore/i tecnico/i che ha/hanno svolto la produzione; - 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; - dichiarazione tecnica di conformità del dispositivo alla prescrizione medico-specialistica a cura del direttore tecnico/responsabile tecnico; - verifica e collaudo all'atto dell'immissione in commercio del dispositivo a cura del direttore tecnico/responsabile tecnico.



<p>Procedura operativa standardizzata a garanzia dell'affidabilità e qualità dei processi aziendali (non obbligatoria)</p> <p>UNI EN ISO 9001:2015 – Sistema di gestione per la qualità –Requisiti</p> <p>UNI CEI EN ISO 13485:2016 – Dispositivi medici- sistemi di gestione per la qualità-requisiti per scopi regolamentari</p> <p>- Altra certificazione</p>	<input type="checkbox"/> presente (indicare quale) <input type="checkbox"/> non presenti
<p>Documentazione per la gestione della dispositivo-vigilanza secondo normativa vigente (regionale e nazionale)</p>	<input type="checkbox"/> si dichiara di essere a conoscenza della procedura nazionale e di quella regionale per la segnalazione degli eventuali incidenti
<p>Assicurazione R.C. Prodotto (non obbligatorio)</p>	<p>Polizza n°:            Compagnia:</p>
<p>Assicurazione R.C. Terzi/R.C.O. o altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera (Legge n. 24 del 08/03/2017)</p>	<p>Polizza n°:            Compagnia:</p>
<p>Assicurazione R.C. professionale del Direttore Tecnico (per le aziende ortoprotesiche) o del Responsabile Tecnico (per le aziende ottico-optometriche ed audioprotesiche) (DPR 7 agosto 2012, n.137 art.5)</p>	<p>Polizza n°:            Compagnia:</p>
<p>Assicurazione R.C. professionale operatore sanitario (DPR 7 agosto 2012, n.137 art.5)</p>	<p>Polizza n°:            Compagnia:</p>

<b>Da compilare solo se in presenza di Filiale collegata ad azienda con Sede Operativa <u>ubicata nel territorio della Regione del Veneto</u></b>	
Sede Operativa Denominazione- Insegna	
Indirizzo (via, CAP, Comune)	
L'esercizio dell'attività nella	<input type="checkbox"/> dotata di autorizzazione rilasciata dall'Azienda ULSS



sede operativa	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	

<b>Da compilare solo se in presenza di Filiale collegata ad azienda con Sede Operativa <u>ubicata nel territorio di altra regione</u></b>	
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 _____



## REQUISITI ORGANIZZATIVI E FUNZIONALI

Cognome e Nome del Direttore Tecnico (per azienda ortopedica)/Responsabile Tecnico (per azienda ottico-optometrica ed audioprotesica)*  * nel caso di una filiale indicare il Direttore tecnico abilitato della Sede Operativa di riferimento	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 (almeno quinquennale)	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	<input type="checkbox"/> altro



			professionale	Specificare_____
<p>Acquisizione crediti formativi ECM (N° crediti/anno)*</p> <p>* Obbligo di assolvimento del credito formativo per Tecnico Ortopedico e Audioprotesista. Crediti formativi non obbligatori per Ottico Optometrista.</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>			
N. totale dipendenti (tecnici, amministrativi, etc)				
Giorni e orari di presenza presso la Sede operativa/Filiale	<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, in via esclusiva, che ne assicura la presenza per l’intero orario di apertura (nel caso di Sede operativa) .</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, in via esclusiva, che ne assicura la presenza per almeno 4 ore 3 volte alla settimana (nel caso di Filiale). 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>* L’azienda (sede operativa e filiale) deve esporre, anche al pubblico, l’organigramma aziendale con le funzioni svolte, relativa qualifica professionale.</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	<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 <u>processo erogativo di soli dispositivi ortoprotesici</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un servizio igienico, <u>dedicato agli operatori</u> , comunicante con un antibagno dotato di lavabo	<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 <sup>2</sup> , oppure è presente la ventilazione artificiale <sup>1</sup> in quanto l'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> ed è comunicante con un antibagno dotato di lavabo	<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 <sup>2</sup> , oppure è presente la ventilazione artificiale <sup>2</sup> in quanto l'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 - Allegato A	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Questo <u>servizio igienico dedicato agli utenti</u> coincide con quello <u>dedicato agli operatori</u> ed è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - Allegato A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un locale <u>spogliatoio</u> per gli addetti Esso è dotato delle seguenti caratteristiche:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
a) superficie in pianta non inferiore a mq 1,5 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) - aerazione naturale diretta nel rapporto di 1/20 della superficie di calpestio.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <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
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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<sup>1</sup> 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



attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei dispositivi e la conservazione della documentazione a garanzia della tutela dei dati sensibili degli assistiti.	
- È presente un locale laboratorio, distinto e separato dagli altri <sup>2</sup>	<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: a) collocazione fuori terra;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b.1) dimensione minima non inferiore a 30m <sup>2</sup> o a 40m <sup>2</sup> (30m <sup>2</sup> + 10m <sup>2</sup> ) (in caso di produzione di calzature e plantari)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b.2) dimensione minima non inferiore a 60m <sup>2</sup> (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;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
d) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m;	<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: • un'area di supporto dedicata alla funzione di magazzino in cui vengono depositate e stoccate le materie prime, la componentistica ed i prodotti finiti • un locale attiguo (distinto dal laboratorio) con funzione di magazzino	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
che presenta le seguenti caratteristiche:	
a) dimensione non inferiore a 10m <sup>2</sup> (in aggiunta ai 30 m <sup>2</sup> 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 2m;	<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: a) dimensione non inferiore a 9m <sup>2</sup> ;	<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: – illuminazione e ventilazione naturale diretta 1/10 ed 1/20 della superficie di calpestio – illuminazione e ventilazione artificiale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<sup>2</sup> 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 OTTICO-  
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, 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 e il locale laboratorio sono dedicati esclusivamente al processo erogativo di soli dispositivi <u>ottici</u> .	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un servizio igienico, <u>dedicato agli operatori</u> , comunicante con un antibagno dotato di lavabo.	<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 <sup>2</sup> , oppure è presente la ventilazione artificiale <sup>3</sup> in quanto l'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> ed è comunicante con un antibagno dotato di lavabo.	<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 <sup>2</sup> , oppure è presente la ventilazione artificiale <sup>4</sup> in quanto l'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 - Allegato A	<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 - Allegato A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un locale <u>spogliatoio</u> per gli addetti 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 mq 1,5 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:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- 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

<sup>3</sup>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

<sup>4</sup>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



- 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 <sup>5</sup>	<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. 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 12m <sup>2</sup> o a 18m <sup>2</sup> (12m <sup>2</sup> + 6m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) altezza interna non inferiore a 3 metri lineari;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
d) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m;	<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 6m <sup>2</sup> (in aggiunta ai 12 m <sup>2</sup> 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 2m;	<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 9m <sup>2</sup> ;	<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

<sup>5</sup> 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, 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> , comunicante con un antibagno dotato di lavabo. 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 <sup>2</sup> , oppure è presente la ventilazione artificiale <sup>6</sup> in quanto l'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> ed è comunicante con un antibagno dotato di lavabo. 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 <sup>2</sup> , oppure è presente la ventilazione artificiale <sup>7</sup> in quanto l'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 - Allegato A	<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 - Allegato A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un locale <u>spogliatoio</u> per gli addetti 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 mq 1,5 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

<sup>6</sup> 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

<sup>7</sup> 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

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	
<b>Ortesi podaliche e rialzi</b>				
<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"/>			
<b>Calzature ortopediche predisposte</b>				
<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"/>		
<b>Calzature ortopediche su misura</b>				
<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)			
<b>Ortesi per arto inferiore</b>				
<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"/>		
<b>Ortesi per arto superiore</b>				
<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"/> 06.06.09 Ortesi per polso (avambraccio)	– vacuum (impianto di decompressione)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.12 Ortesi per polso-mano	– forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.13 Ortesi per polso-mano-dita				



<input type="checkbox"/> 06.06.15 Ortesi per gomito	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.18 Ortesi per gomito-polso	- macchina da cucire	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.19 Ortesi per gomito-polso-mano	- macchina da cucire a torre o a braccio	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.21 Ortesi per spalla	- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.24 Ortesi per spalla-gomito				
<input type="checkbox"/> 06.06.27 Ortesi per spalla-gomito-polso				
<input type="checkbox"/> 06.06.30 Ortesi per spalla-gomito-polso-mano				
<b>Presidi addominali</b>				
<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"/>		
<b>Ortesi spinali</b>				
<input type="checkbox"/> 06.03.03 Ortesi 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 Ortesi lombosacrali	- macchina da cucire	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.03.09 Ortesi toraco-lombo-sacrali	- forno elettrico a piastra o ad infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.03.12 Ortesi cervicali	- seghetto oscillante	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.03.15 Ortesi cervico-toraciche	- banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.03.18 Ortesi cervico-toraco-lombo-sacrali	- 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"/>		
<b>Protesi di arto superiore e inferiore</b>				
<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 emipelvectomy				
<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"/>		
<b>Sistemi di postura su misura</b>				
<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"/>		
<b>Ausili per la deambulazione e carrozzine</b>				
<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	
<b>Ortesi podaliche e rialzi</b>				
<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"/>			
<b>Calzature ortopediche predisposte</b>				
<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"/>		
<b>Calzature ortopediche su misura</b>				
<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"/>		



<b>Ortesi per arto inferiore</b>				
<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"/>		
<b>Ortesi per arto superiore</b>				
<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"/>		
<b>Presidi addominali</b>				
	- 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	<input type="checkbox"/>
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
<b>Ortesi spinali</b>				
<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"/>		
<b>Protesi di arto superiore e inferiore</b>				
<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 trans-femorali <input type="checkbox"/> 06.24.21 Protesi per emipelvectomia <input type="checkbox"/> 06.24.91 Aggiuntivi prescrivibili	- spianatrice	<input type="checkbox"/>		
<b>Sistemi di postura su misura</b>				
<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"/>			
<b>Ausili per la deambulazione e carrozzine</b>				
<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 entrambe le braccia <input type="checkbox"/> 12.18 Cicli	- 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"/>



<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 12.22 Carrozine</li> <li><input type="checkbox"/> 12.23 Carrozine a motore elettrico</li> <li><input type="checkbox"/> 12.24.03 Comandi</li> <li><input type="checkbox"/> 12.24.09 Unità di propulsione</li> <li><input type="checkbox"/> 12.36.06.015 carrozzina elettrica a prevalente uso esterno</li> <li><input type="checkbox"/> 12.36.06.018 carrozzina elettrica a sei ruote</li> <li><input type="checkbox"/> 12.36 Ausili per il sollevamento</li> <li><input type="checkbox"/> 12.39 Ausili per l'orientamento</li> <li><input type="checkbox"/> 19.09 Ausili per la posizione seduta</li> </ul>				
---	--	--	--	--



**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	– retinoscopio	<input type="checkbox"/>
filtri bloccanti UV e raggi blu	– schiascopio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.03.30 Lenti a doppietto acromatico	– oftalmometro	<input type="checkbox"/>
ingrandenti	– 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"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.12 Cannocchiali da occhiali per visione lontana e vicina	– ottotipo luminoso o a proiezione	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.09 Aggiuntivi/Lavorazioni Prestazioni Professionali	– test lettura per ipovedenti	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.09 Aggiuntivi/Lavorazioni Prestazioni Professionali	– lampada a fessura	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.09 Aggiuntivi/Lavorazioni Prestazioni Professionali	– retinoscopio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.09 Aggiuntivi/Lavorazioni Prestazioni Professionali	– schiascopio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.09 Aggiuntivi/Lavorazioni Prestazioni Professionali	– oftalmometro	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.09 Aggiuntivi/Lavorazioni Prestazioni Professionali	– test lacrimali	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.09 Aggiuntivi/Lavorazioni Prestazioni Professionali	– sistemi di disinfezione lenti a contatto	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.09 Aggiuntivi/Lavorazioni Prestazioni Professionali	– set lenti ingrandenti per individuazione e prova	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.09 Aggiuntivi/Lavorazioni Prestazioni Professionali	– set lenti a contatto per individuazione e prova	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.09 Aggiuntivi/Lavorazioni Prestazioni Professionali	– set sistemi telescopici per individuazione e prova	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.09 Aggiuntivi/Lavorazioni Prestazioni Professionali	– mola	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.09 Aggiuntivi/Lavorazioni Prestazioni Professionali	– ventiletta	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.09 Aggiuntivi/Lavorazioni Prestazioni Professionali	– autorefrattometro e/o topografo corneale (non obbligatori)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.09 Aggiuntivi/Lavorazioni Prestazioni Professionali	– 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"/>
<input type="checkbox"/> 06.30.91 Aggiuntivi prescrivibili	– 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	- sistema di audiometria tonale, vocale e campo libero	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.45.12 Apparecchi acustici a scatola	- orecchio elettronico per la misurazione e la valutazione degli apparecchi acustici	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.45.06 Apparecchi acustici retroauricolari	- 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	- sistema di audiometria tonale, vocale e campo libero	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.06.15 Apparecchi acustici retroauricolari	- orecchio elettronico per la misurazione e la valutazione degli apparecchi acustici	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.06.21 Apparecchi acustici connessi a dispositivi impiantati	- sistema hardware e software di programmazione degli ausili per l'udito	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.06.91 Accessori	- 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.

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.





REGIONE DEL VENETO

AZIENDA ULSS n.

MODELLO VERBALE DI ISPEZIONE PRESSO L'UNITA' LOCALE

ORTO-PROTESICA     OTTICO-OPTOMETRISTA     AUDIO-PROTESICA

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ la commissione ispettiva prevista dalla delibera regionale n. \_\_\_\_\_ e nominata con provvedimento aziendale n. \_\_\_\_\_ del. \_\_\_\_\_ costituita da:

- Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ Direttore (o suo delegato) del Dipartimento della prevenzione dell'Azienda ULSS n. .... **presidente**
- Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ afferente al Dipartimento Accreditamento /Qualità (qualifica di.....) **componente**
- Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ afferente a..... (qualifica di.....) **componente**
- Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ rappresentante dell'Associazione del settore (di competenza dell'erogatore destinatario dell'ispezione) con qualifica di \_\_\_\_\_
- Dott./Dott.ssa/Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ funzionario dell'Azienda U.L.S.S. n. \_\_\_\_\_ con funzioni di segretario verbalizzante,

procede all'ispezione:

- per richiesta di autorizzazione alla nuova fornitura di protesi ortesi e ausili tecnici a carico del SSN e all'inserimento nell'elenco regionale degli erogatori, acquisita al protocollo aziendale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- per richiesta di autorizzazione al mantenimento fornitura di protesi, ortesi e ausili tecnici a carico del SSN e all'inserimento nell'elenco regionale degli erogatori, acquisita al protocollo aziendale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- per visita ordinaria

presso

sede operativa \_\_\_\_\_ (indicare la denominazione) \_\_\_\_\_





**PRESCRIZIONI DI ADEGUAMENTO:**

NO  SI\*\*:

le seguenti:

---

---

---

---

---

\*\*se si specificare la data entro cui effettuare gli adeguamenti (comunque non oltre 12 mesi dalla data ispezione)

**DICHIARAZIONI A VERBALE:**

Il Titolare/Legale Rappresentante/ delegato \_\_\_\_\_  
fa presente che

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Si dà atto che le operazioni di controllo sono ultimate alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
e che copia del verbale è consegnata seduta stante al Titolare/ Legale rappresentante /delegato

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

I componenti della Commissione  
(qualifica)

(firma)



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Titolare/legale rappresentante o delegato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il segretario verbalizzante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Scheda 1. REQUISITI DOCUMENTALI**

<b>1.0</b> – E’ presente la planimetria completa dell’unità locale, con indicate le destinazioni d’uso dei locali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>1.1</b> - E’ presente l’Autorizzazione commerciale comunale ovvero è stata presentata la DIAP/SCIA (riportare gli estremi )	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>1.2</b> - E’ presente il Documento Programmatico sulla sicurezza dei dati personali (DPS) * *GDPR 2018 Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali e s.m.i	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>1.3</b> – E’ presente il documento di valutazione del rischio (DVR) (DL n. 81 del 2008)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>1.4</b> - E’ presente la documentazione per la gestione della tracciabilità del prodotto e del processo recante le informazioni richieste (Solo per le sedi operative)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>1.5</b> – E’ presente una certificazione di procedura operativa standardizzata a garanzia dell’affidabilità e qualità dei processi aziendali: UNI EN ISO 9001:2015 – Sistema di gestione per la qualità –Requisiti UNI CEI EN ISO 13485:2016 – Dispositivi medici- sistemi di gestione per la qualità-requisiti per scopi regolamentari Altra certificazione (indicare quale)_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>1.6</b> - E’ stata stipulata una polizza di assicurazione R.C. Prodotto Non obbligatorio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>1.7</b> - E’ stata stipulata una polizza di assicurazione R.C. Terzi /R.C.O. o altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera (Legge n. 24 del 8.3.2017)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>1.8</b> - E’ stata stipulata un’Assicurazione R.C. professionale del Direttore Tecnico (per le aziende ortopediche) o del Responsabile Tecnico (per le aziende ottico-optometriche ed audioprotesiche) (DPR 7 agosto 2012, n.137 art.5)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>1.9</b> - E’ stata stipulata un’Assicurazione R.C. professionale operatore sanitario (DPR 7 agosto 2012, n.137 art.5)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**Scheda 2. REQUISITI ORGANIZZATIVI E FUNZIONALI: PERSONALE**

N. Dipendenti: \_\_\_\_\_

Direttore Tecnico (aziende ortopediche)/Responsabile Tecnico (aziende ottico-optometriche e audioprotesiche)	Cognome _____ Nome _____ CF _____ Profilo Professionale _____
Altri tecnici	Cognome _____ Nome _____ CF _____ Cognome _____ Nome _____ CF _____
Profilo professionale dei tecnici	<input type="checkbox"/> Tecnico Ortopedico <input type="checkbox"/> Tecnico Ottico Optometrista



	<input type="checkbox"/> Tecnico Audioprotesista
Tipologia del rapporto di lavoro del tecnico/tecnici	<input type="checkbox"/> titolarità <input type="checkbox"/> dipendenza <input type="checkbox"/> attività libero professionale <input type="checkbox"/> altro: specificare _____
I giorni e orari di presenza del personale tecnico presso la sede operativa/filiale sono esposti e ben visibili dall'esterno?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
L'organigramma aziendale con le funzioni svolte e la relativa qualifica professionale è esposto e ben visibile?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Il personale presente in azienda espone un cartellino identificativo con la propria qualifica?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**Scheda 3a. REQUISITI MINIMI STRUTTURALI SPECIFICI PER GLI EROGATORI DI PRESTAZIONI ORTO-PROTESICHE**

<b>3a.1</b> - 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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>3a.2</b> - 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
<b>3a.3</b> - 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 <u>ortoprotesici</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>3a.4</b> - È presente un servizio igienico, <u>dedicato agli operatori</u> , comunicante con un antibagno dotato di lavabo	<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 <sup>2</sup> , oppure è presente la ventilazione artificiale <sup>1</sup> in quanto l'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
<b>3a.5</b> - 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> ed è comunicante con un antibagno dotato di lavabo	<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 <sup>2</sup> , oppure è presente la ventilazione artificiale <sup>2</sup> in quanto l'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 - Allegato A	<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 - Allegato A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>3a.6</b> - È presente un locale <u>spogliatoio</u> per gli addetti Esso è dotato delle seguenti caratteristiche:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<sup>1</sup> 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



a) superficie in pianta non inferiore a mq 1,5 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) - aerazione naturale diretta nel rapporto di 1/20 della superficie di calpestio.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>3a.7</b> - 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
a) 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
<b>3a.8</b> - 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
<b>3a.9</b> - È presente un locale laboratorio, distinto e separato dagli altri <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>3a.10</b> - 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 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esso è dotato delle seguenti caratteristiche:	
a) collocazione fuori terra;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b.1) dimensione minima non inferiore a 30m <sup>2</sup> o a 40m <sup>2</sup> (30m <sup>2</sup> + 10m <sup>2</sup> ) (in caso di produzione di calzature e plantari)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b.2) dimensione minima non inferiore a 60m <sup>2</sup> (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;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
d) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m;	<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
<b>3a.11</b> - Il locale laboratorio è provvisto di:	
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 10m <sup>2</sup> (in aggiunta ai 30 m <sup>2</sup> 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 2m;	<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
<b>3a.12</b> - 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

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



<b>3a.13</b> - 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:	
a) dimensione non inferiore a 9m <sup>2</sup> ;	<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:	
- 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

### Scheda 3b - REQUISITI MINIMI STRUTTURALI PER GLI EROGATORI DI PRESTAZIONI OTTICO-OPTOMETRICHE

<b>3b.1</b> - 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, 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
<b>3b.2</b> - 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
<b>3b.3</b> - 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 ottici.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>3b.4</b> - È presente un servizio igienico, <u>dedicato agli operatori</u> , comunicante con un antibagno dotato di lavabo.	<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 <sup>2</sup> , oppure è presente la ventilazione artificiale <sup>3</sup> in quanto l'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
<b>3b.5</b> - 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> ed è comunicante con un antibagno dotato di lavabo.	<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 <sup>2</sup> , oppure è presente la ventilazione artificiale <sup>4</sup> in quanto l'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 - Allegato A	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Questo <u>servizio igienico dedicato agli utenti</u> coincide con quello <u>dedicato agli operatori</u> ed è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<sup>3</sup>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

<sup>4</sup>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



1428 del 06.09.2011 - Allegato A	
<b>3b.6</b> - È presente un locale <u>spogliatoio</u> per gli addetti o in alternativa - E' presente un'area adibita a cambio d'abito provvista di armadietti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <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 mq 1,5 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) - aerazione naturale diretta nel rapporto di 1/20 della superficie di calpestio.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>3b.7</b> - 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
<b>3b.8</b> - 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
<b>3b.9</b> - È presente un locale laboratorio, distinto e separato dagli altri <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>3b.10</b> - 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. Esso è dotato delle seguenti caratteristiche:	
a) collocazione fuori terra;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) dimensione non inferiore a 12m <sup>2</sup> o a 18m <sup>2</sup> (12m <sup>2</sup> + 6m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) altezza interna non inferiore a 3 metri lineari;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
d) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m;	<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
<b>3b.11</b> - Il locale laboratorio è essere provvisto di (requisito non obbligatorio): a) <u>un'area di supporto dedicata alla funzione di magazzino</u> in cui vengono depositate e stoccate le materie prime, la componentistica ed i prodotti finiti b) un <u>locale attiguo</u> (distinto dal laboratorio) con <u>funzione di magazzino</u>  che presenta le seguenti caratteristiche:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
a) dimensione non inferiore a 6m <sup>2</sup> (in aggiunta ai 12 m <sup>2</sup> 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 2m;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<sup>5</sup> Il campo deve essere lasciato vuoto nel caso si tratti di filiale in quanto il laboratorio non è previsto



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
<b>3b.12</b> - 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
<b>3b.13</b> - 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 9m <sup>2</sup> ;	<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:	
– 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

### Scheda 3c - REQUISITI MINIMI STRUTTURALI PER GLI EROGATORI DI PRESTAZIONI AUDIOPROTESICHE

<b>3c.1</b> - 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, 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
<b>3c.2</b> - 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
<b>3c.3</b> - 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
<b>3c.4</b> - È presente un servizio igienico, <u>dedicato agli operatori</u> , comunicante con un antibagno dotato di lavabo. 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 <sup>2</sup> , oppure è presente la ventilazione artificiale <sup>6</sup> in quanto l’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
<b>3c.5</b> - 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> ed è comunicante con un antibagno dotato di lavabo. 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 <sup>2</sup> , oppure è presente la ventilazione artificiale <sup>7</sup> in quanto l’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 - Allegato A	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<sup>6</sup> 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

<sup>7</sup> 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



- 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 - Allegato A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>3c.6</b> È presente un locale <u>spogliatoio</u> per gli addetti o in alternativa - E' presente un'area adibita a cambio d'abito provvista di armadietti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Se presente un locale <u>spogliatoio</u> (obbligatorio solo laddove l'organizzazione interna all'azienda prevede che i lavoratori indossino indumenti di lavoro specifici - D. Lgs. 81/2008).  Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: a) superficie in pianta non inferiore a mq 1,5 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) - aerazione naturale diretta nel rapporto di 1/20 della superficie di calpestio.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>3c.7</b> - 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
<b>3c.8</b> - 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
<b>3c.9</b> - 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
<b>3c.10</b> - È presente un locale " <u>prova utenti</u> " 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



**Scheda 4 – REQUISITI SPECIFICI: ATTREZZATURE****Scheda 4 a - 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	
<b>Ortesi podaliche e rialzi</b>				
<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"/>			
<b>Calzature ortopediche predisposte</b>				
<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"/>		
<b>Calzature ortopediche su misura</b>				
<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"/>		<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)			
<b>Ortesi per arto inferiore</b>				
<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				
<input type="checkbox"/> 06.12.15 Ortesi anca	- fresa a braccio inclinato	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.12.16 Ortesi anca-ginocchio	- vacuum (impianto di decompressione)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.12.18 Ortesi anca-ginocchio-caviglia-piede	- fresatrice	<input type="checkbox"/>		
	- 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"/>		
<b>Ortesi per arto superiore</b>				
<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				
<input type="checkbox"/> 06.06.09 Ortesi per polso	- fresa a braccio inclinato	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>



(avambraccio)				
<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	- forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.15 Ortesi per gomito	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.18 Ortesi per gomito-polso	- macchina da cucire	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.19 Ortesi per gomito-polso-mano	- macchina da cucire a torre o a braccio	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.21 Ortesi per spalla	- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.24 Ortesi per spalla-gomito				
<input type="checkbox"/> 06.06.27 Ortesi per spalla-gomito-polso				
<input type="checkbox"/> 06.06.30 Ortesi per spalla-gomito-polso-mano				
<b>Presidi addominali</b>				
<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"/>		
<b>Ortesi spinali</b>				
<input type="checkbox"/> 06.03.03 Ortesi 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 Ortesi lombosacrali	- macchina da cucire	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.03.09 Ortesi toraco-lombo-sacrali	- forno elettrico a piastra o ad infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.03.12 Ortesi cervicali	- seghetto oscillante	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.03.15 Ortesi cervico-toraciche	- banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.03.18 Ortesi cervico-toraco-lombo-sacrali	- 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"/>		
<b>Protesi di arto superiore e inferiore</b>				
<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		- 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"/>		



<b>Sistemi di postura su misura</b>				
<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"/>		
<b>Ausili per la deambulazione e carrozzine</b>				
<input type="checkbox"/> 03 Ausili per terapia e addestramento <input type="checkbox"/> 03.48 Ausili per rieducazione di movimento, forza,	- 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"/>



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 Carrozine <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	– 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 I "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	
<b>Ortesi podaliche e rialzi</b>				
<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"/>		
<b>Calzature ortopediche predisposte</b>				
<input type="checkbox"/> 06.33 Calzature ortopediche	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico - utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- fresatrice da banco o macchina multifunzionale	<input type="checkbox"/>		
	- utensileria adeguata al dispositivo predisposto che si intende erogare	<input type="checkbox"/>		
<b>Calzature ortopediche su misura</b>				
<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"/>		
<b>Ortesi per arto inferiore</b>				
<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"/>		
<b>Ortesi per arto superiore</b>				
<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"/>		
<b>Presidi addominali</b>				
	- 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	<input type="checkbox"/>
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
<b>Ortesi spinali</b>				
<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"/>		
<b>Protesi di arto superiore e inferiore</b>				
<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"/>		
<input type="checkbox"/> 06.24.03 protesi parziale di piede	- smerigliatrice	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.24.06 Protesi per disarticolazione di caviglia	- spianatrice	<input type="checkbox"/>		
<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 trans-femorali				
<input type="checkbox"/> 06.24.21 Protesi per emipelvectomy				
<input type="checkbox"/> 06.24.91 Aggiuntivi prescrivibili				
<b>Sistemi di postura su misura</b>				
<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"/>		
<b>Ausili per la deambulazione e carrozzine</b>				
<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 motore elettrico				
<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				



**Scheda 4b – 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"/>
<input type="checkbox"/> 21.03.36 Filtri	– test lettura per ipovedenti	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.03.06 Aggiuntivo o clip-on di sostegno per filtri bloccanti UV e raggi blu	– lampada a fessura	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.03.30 Lenti a doppietto acromatico ingrandenti	– 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	<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"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.12 Cannocchiali da occhiali per visione lontana e vicina	– ottotipo luminoso o a proiezione	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.09 Aggiuntivi/Lavorazioni Prestazioni Professionali	– test lettura per ipovedenti	<input type="checkbox"/>
	– lampada a fessura	<input type="checkbox"/>
	– 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	<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"/> 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"/>



**Scheda 4c – 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

<b>Descrizione ausili elenchi DM 332/1999</b>	<b>Elencare le attrezzature in possesso per sedi operative o filiali</b>	
<input type="checkbox"/> 21.45.09 Apparecchi acustici a occhiale	- sistema di audiometria tonale, vocale e campo libero	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.45.12 Apparecchi acustici a scatola	- orecchio elettronico per la misurazione e la valutazione degli apparecchi acustici	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.45.06 Apparecchi acustici retroauricolari	- 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

<b>Descrizione ausili DPCM 12/01/2017</b>	<b>Elencare le attrezzature in possesso per sedi operative e filiali</b>	
<input type="checkbox"/> 22.06.09 Apparecchi acustici ad occhiale	- sistema di audiometria tonale, vocale e campo libero	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.06.15 Apparecchi acustici retroauricolari	- orecchio elettronico per la misurazione e la valutazione degli apparecchi acustici	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.06.21 Apparecchi acustici connessi a dispositivi impiantati	- sistema hardware e software di programmazione degli ausili per l'udito	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.06.91 Accessori	- 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"/>





## MODELLO DI INFORMATIVA

AZIENDA ULSS N. \_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo (UE) 2016/679**  
AI RESPONSABILI DELLE AZIENDE - ORTOPEDICHE, OTTICO-OPTOMETRICHE,  
AUDIOPROTESICHE - EROGATRICI DI DISPOSITIVI MEDICI A CARICO DEL SERVIZIO  
SANITARIO NAZIONALE

La presente Informativa viene resa dall'ULSS \_\_\_\_\_ (di seguito "Azienda") ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito, "GDPR"), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

**1. Finalità del trattamento e base giuridica**

I Suoi dati personali saranno trattati per le seguenti finalità:

- Eseguire obblighi derivanti dalla disciplina nazionale (DPCM 12.1.2017; Decreto Ministero della Sanità - 27 agosto 1999, n. 332) e regionale per il rilascio dell'autorizzazione alla fornitura di dispositivi ortoprotesici, ottico-optometrici e audioprotesici a carico del SSN e successivo inserimento nell'elenco regionale degli erogatori;
  - Adempiere ad obblighi di legge di natura amministrativa, contabile, civilistica, fiscale, regolamenti, normative comunitarie e/o extracomunitarie;
  - Gestire l'eventuale contenzioso;
  - Gestire l'eventuale processo di qualificazione e monitoraggio dell'azienda erogatrice di dispositivi medici.
- Tali trattamenti saranno improntati ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

**2. Periodo di conservazione dei dati**

I Suoi dati personali verranno conservati per l'espletamento di tutti gli eventuali adempimenti, connessi o derivanti dal rilascio dell'autorizzazione alla fornitura di dispositivi ortoprotesici, ottico-optometrici e audioprotesici a carico del SSN e al successivo inserimento nell'elenco regionale degli erogatori, per il periodo di durata prescritto dalle leggi, tempo per tempo vigenti.

**3. Conferimento dei dati e conseguenze sul mancato conferimento**

Il conferimento dei dati è requisito necessario per rilascio dell'autorizzazione alla fornitura di dispositivi ortoprotesici, ottico-optometrici e audioprotesici a carico del SSN e al conseguente inserimento nell'elenco regionale degli erogatori e, pertanto, l'eventuale rifiuto a fornirli, in tutto o in parte, può dar luogo all'impossibilità per l'Azienda di dare esecuzione al suddetto rilascio.

**4. Modalità del trattamento**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, con modalità e strumenti volti a garantire la massima sicurezza e riservatezza, ad opera di soggetti appositamente autorizzati.

**5. Categorie dei destinatari**

Esclusivamente per le finalità sopra specificate, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati a figure interne, autorizzate al trattamento in ragione delle rispettive mansioni, nonché alle seguenti categorie di soggetti esterni:

- soggetti cui la comunicazione dei dati debba essere effettuata in adempimento di obblighi previsti da legge, regolamento o normativa comunitaria, ovvero per adempire ad ordini dell'Autorità Giudiziaria;
- istituti di credito;
- professionisti o società di servizi che operino per conto dell'Azienda;
- avvocati e consulenti legali;
- enti pubblici e privati, anche a seguito di ispezioni e verifiche;
- Amministratori di Sistema e Società fornitrici di servizi software (nell'amministrazione di tali procedure).



**6. Trasferimento dati verso un Paese terzo e/o un'organizzazione internazionale**

I Suoi dati personali non saranno oggetto/di trasferimento presso Paesi Terzi non europei.

Il Titolare del trattamento si riserva però la possibilità di utilizzare servizi in cloud o che prevedano il trasferimento presso Paesi extra UE: in tal caso i fornitori di tali servizi saranno selezionati tra coloro che forniscono garanzie adeguate, così come previsto dall'art. 46 GDPR.

**7. Diritti degli interessati**

Lei ha il diritto (artt. 15 -22 del GDPR) di chiedere all'Azienda di accedere ai Suoi dati personali e di rettificarli, se inesatti, di cancellarli o limitarne il trattamento, se ne ricorrono i presupposti.

Potrà esercitare i diritti sopra indicati contattando l'Ufficio Privacy (privacy@aulss\_\_\_\_\_.veneto.it) o, in seconda istanza, il Responsabile Protezione Dati (RPD) dell'Azienda ULSS \_\_\_\_\_ sotto indicato.

Ha il diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'art. 77 del GDPR, all'autorità di controllo competente in materia (in Italia il Garante per la protezione dei dati personali).

**8. Soggetti del trattamento**

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è l'Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ - P. IVA \_\_\_\_\_, nonché la Regione del Veneto per l'attività di iscrizione nell'elenco regionale degli erogatori di dispositivi ortoprotesici, ottico-optometrici e audioprotesici a carico del SSN ;

**9. Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) aziendale**

Il Titolare ha nominato il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), ai sensi dell'art. 37 del GDPR, nella persona di \_\_\_\_\_

