

Azienda sanitaria locale 'AT'

**AVVISO PUBBLICO PER IL RICONOSCIMENTO DI CONTRIBUTI ECONOMICI PER
L'ACQUISTO DI AUSILI, ORTESI E PROTESI PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA'
SPORTIVE AMATORIALI DESTINATE A PERSONE CON DISABILITA' FISICA (D.M.
22 AGOSTO 2022**

Documento allegato

Avviso pubblico per il riconoscimento di contributi economici per l'acquisto di ausili, ortesi e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica (D.M. 22 agosto 2022)

A. INTERVENTO, SOGGETTI, RISORSE

Finalità e obiettivi

In riferimento al D.M. 22 agosto 2022, con il presente provvedimento si intende avviare interventi atti a favorire l'acquisizione di ausili, ortesi e protesi, utili allo svolgimento di attività motorie o sportive amatoriali individuali, descritti nell'allegato 1 del D.M. citato. Tali interventi sono destinati a persone con disabilità fisica e mirano ad estendere le abilità individuali e migliorare la qualità di vita.

I dispositivi medici oggetto del presente avviso sono funzionali al:

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

Riferimenti normativi

I riferimenti normativi sono i seguenti:

- D.P.C.M. 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 65 del 18 marzo 2017;
- D.M. 22 agosto 2022, "Erogazione di ausili ortesi e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 296 del 20 dicembre 2022.

Soggetti beneficiari

Possono partecipare alla selezione i soggetti che, al momento della presentazione della domanda di cui all'allegato A.1, parte integrante e sostanziale del presente avviso, siano in possesso dei seguenti requisiti e condizioni cliniche:

- residenza nel territorio dell'Azienda Sanitaria Locale AT;
- amputazione di arto e/o diagnosi di paraparesi, paraplegia o tetraparesi;
- riconoscimento (o richiesta in corso) di invalidità;
- età compresa tra i 10 (dieci) e i 64 (sessantaquattro) anni compresi;
- pratica, o possibilità di praticare, di attività motorie o sportive amatoriali individuali, come attestato da certificazione di idoneità allo svolgimento di attività ludico motorie sportive, rilasciata da medico specialista in medicina dello sport dipendente o convenzionato con il sistema sanitario nazionale, redatta secondo il modello di cui all'allegato A.2 parte integrante e sostanziale del presente bando.

Ogni partecipante può richiedere un solo dispositivo medico tra quelli previsti dal presente bando. In caso di amputazione bilaterale di arto, è consentita la possibilità di richiedere più componenti protesiche nell'ambito della stessa fornitura.

Caratteristiche dell'iniziativa sperimentale e relativo procedimento

Nel caso in cui per il numero di domande possa verificarsi il superamento dell'importo complessivo stanziato, verrà redatta apposita graduatoria aziendale in base alla dichiarazione ISEE in corso di validità.

In caso di parità di ISEE, verrà data priorità al richiedente di età inferiore.

L'Azienda Sanitaria Locale AT potrà destinare eventuali residui dell'importo complessivo assegnato all'erogazione di un contributo di importo inferiore rispetto a quello previsto a favore dell'ultimo beneficiario in posizione utile in graduatoria.

Per ciascun dispositivo medico oggetto del presente avviso verrà corrisposto un contributo fino a quello massimo stabilito per tale ausilio dall'allegato 1 del D.M. 22 agosto 2022.

I dispositivi medici acquistati sono di proprietà del beneficiario.

Non è prevista la sostituzione dell'ausilio e le eventuali riparazioni, anche di singole componenti, sono a carico del beneficiario.

Il dispositivo medico prescritto tra quelli oggetto dell'avviso pubblico non è soggetto ai tempi minimi di rinnovo previsti per ausili, ortesi e protesi ordinari (non specificatamente finalizzati allo svolgimento di attività motorie o sportive amatoriali) eventualmente forniti con costi a carico del S.S.N., ai sensi del D.P.C.M. 12 gennaio 2017.

I beneficiari in posizione utile in graduatoria saranno sottoposti a valutazione da parte del medico prescrittore, appositamente individuato dall'Azienda Sanitaria Locale, ai fini della prescrizione dell'ausilio tra quelli indicati nell'allegato 1 del DM 22 agosto 2022. Il medico compilerà il modulo specifico previsto dall'allegato 2 del D.M. sopracitato.

Successivamente, il medico prescrittore effettuerà il monitoraggio degli esiti dell'intervento tramite visite di follow-up.

Soggetto gestore

L'A.S.L. AT, territorialmente competente, cura:

- il ricevimento e l'istruttoria delle domande;
- la verifica dei requisiti e delle condizioni cliniche dei richiedenti;
- la liquidazione dei contributi nei limiti della quota assegnata.

Dotazione finanziaria

Le risorse per sostenere l'erogazione dei contributi oggetto del presente avviso ammontano complessivamente a € 394.416,00 per la Regione Piemonte, ripartite tra le ASL sulla base della popolazione residente appartenente alla fascia di età da 10 a 64 anni, come risultante dai dati demografici ISTAT aggiornati all'1.01.2024.

La quota destinata all'ASL AT è pari a € 17.986,00.

All'esito della sperimentazione e in considerazione del fabbisogno regionale rilevato, la Regione Piemonte si riserva di effettuare la rimodulazione delle risorse ripartite tra le ASL, - di rimandare, all'esito della sperimentazione e in considerazione del fabbisogno regionale rilevato, a successivo provvedimento della Direzione Sanità l'eventuale rimodulazione delle risorse ripartite dalla presente Deliberazione tra le ASL, al fine di soddisfare eventuali richieste rivolte alle Aziende di

contributi eccedenti il *budget* loro assegnato, utilizzando il criterio di proporzionalità per il riparto delle economie tra tali Aziende.

B. CARATTERISTICHE DELL'AGEVOLAZIONE

Caratteristiche dell'agevolazione

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

Il contributo è finanziato tramite le risorse stanziare dal D.M. 22 agosto 2022.

C. FASI E TEMPI DEL PROCEDIMENTO

Presentazione delle domande

La domanda di partecipazione deve essere presentata a partire dal 06/08/2026, compilando l'apposito modulo di cui all'allegato A.1 del presente avviso e deve essere corredata da:

- certificazione del medico dello sport redatta secondo il modello di cui all'allegato A.2;
- modello ISEE in corso di validità.

Le domande di partecipazione devono essere inviate all' **ASL AT, S.S. Assistenza Protesica** esclusivamente via PEC all'indirizzo protocollo@pec.asl.at.it, entro e non oltre il **15/09/2026**.

Con la domanda di partecipazione, il richiedente dichiara:

- di versare in una o più delle seguenti condizioni cliniche: amputazione di arto superiore o inferiore (monolaterale o bilaterale) o paraparesi/paraplegia o tetraparesi/tetraplegia;
- di essere in possesso di verbale di invalidità o di essere in attesa di riconoscimento di invalidità (se maggiorenne);
- la disciplina sportiva praticata;
- di non essere affiliato ad alcuna società sportiva;
- di non aver ricevuto, né di richiedere in futuro, altri contributi pubblici per sostenere le spese relative all'acquisto dei dispositivi medici oggetto dell'avviso.

Il richiedente dichiara, inoltre, di conoscere e accettare:

- i criteri di formazione della graduatoria, come esplicitati nel bando;
- la disponibilità a sottoporsi a successive visite mediche per la prescrizione del dispositivo da parte dello specialista designato dall'ASL;
- l'eventuale integrazione della documentazione a corredo della domanda;

- il termine di conclusione delle procedure per l'erogazione del contributo, che avverrà entro sei mesi dalla pubblicazione del bando.

Il richiedente dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali.

La mancata presentazione nei termini delle eventuali integrazioni richieste comporta la decadenza della domanda.

Istruttoria

Verifica di ammissibilità delle domande e approvazione della graduatoria

Durante la prima fase dell'istruttoria l'ASL AT – S.S. Assistenza Protesica - verifica la sussistenza dei requisiti di ammissibilità e delle condizioni cliniche dei soggetti.

A ogni domanda ritenuta ammissibile viene assegnato un codice alfanumerico per l'identificazione della relativa posizione in graduatoria. Tale codice verrà comunicato tramite PEC dall'ASL AT al richiedente all'indirizzo PEC della sua domanda di partecipazione.

Il procedimento di approvazione della graduatoria si conclude entro 60 giorni dal termine ultimo stabilito nell'avviso pubblico per la presentazione delle domande. Tale termine è sospeso qualora sia necessario acquisire ulteriori elementi ritenuti indispensabili da parte dell'ASL AT.

L'ASL AT - S.S. Assistenza Protesica, dopo aver valutato l'ammissibilità delle domande, approva la graduatoria provvisoria e, in base alla Tabella di cui all'Allegato 1 del D.M. 22 agosto 2022 (**Allegato 1 del presente Avviso pubblico**), stabilisce il contributo assegnabile ai singoli richiedenti, in funzione della tipologia di dispositivo medico necessario.

L'esito dell'istruttoria sarà comunicato ai soggetti in posizione utile nella graduatoria provvisoria, tramite il sito web aziendale.

Valutazione delle domande

La seconda fase dell'istruttoria prevede la valutazione di tipo clinico-funzionale e un esame di natura economico-finanziaria.

Gli istanti che risulteranno in posizione utile nella graduatoria provvisoria saranno soggetti alla valutazione clinico-funzionale da parte di un medico specialista competente, che provvederà, per i soggetti ritenuti idonei, a redigere il modulo di prescrizione di cui all'Allegato 2 del D.M. 22 agosto 2022 (corrispondente all'**Allegato A3 del presente Avviso pubblico**) per la fornitura dei dispositivi riportati nell'elenco Allegato 1 al ciato D.M.

Modalità e adempimenti per l'erogazione dell'agevolazione

Adempimenti per l'erogazione del contributo

Il soggetto richiedente collocato nella graduatoria provvisoria deve presentare:

- lo schema per la prescrizione del dispositivo di cui all'Allegato 2 del D.M. 22 agosto 2022 (corrispondente all'**Allegato A3 del presente Avviso pubblico**), comprensivo della prescrizione del dispositivo medico da parte del medico specialista, del relativo collaudo con esito positivo e della data di appuntamento del primo follow-up;
 - la fattura o la ricevuta fiscale della spesa sostenuta recante data successiva alla prescrizione.
- Le integrazioni documentali, comprovanti la spesa sostenuta, devono essere presentate entro e non oltre 30 giorni dalla richiesta, pena l'esclusione dalla procedura.

Modalità e tempi di erogazione dell'agevolazione

Il contributo, qualora riconosciuto, viene erogato al richiedente da parte ASL AT in un'unica soluzione, sul conto corrente indicato nella domanda di partecipazione.

Caratteristiche della fase di rendicontazione

Al termine della sperimentazione, l'ASL AT trasmetterà al Settore Assistenza Farmaceutica, Integrativa e Protesica della Direzione Sanità della Regione Piemonte una relazione in cui si evidenzia:

- il numero complessivo delle domande presentate;
- il numero complessivo di domande ammesse e finanziate, suddivise per tipologia di ausilio ortesi e protesi, con i relativi importi erogati;
- il numero di domande escluse;
- gli eventuali residui finanziari disponibili.

D. DISPOSIZIONI FINALI

Decadenze, revoche, rinunce dei soggetti beneficiari

In caso di inadempienza o violazione delle disposizioni del presente avviso, l'ASL AT si riserva di dichiarare la decadenza dal beneficio e di non procedere alla liquidazione del contributo e, qualora il contributo sia già stato erogato, l'ASL AT potrà provvedere alla revoca e adottare le azioni necessarie al recupero o alla compensazione delle somme indebitamente percepite.

Ispezioni e controlli

Ai fini dell'ammissibilità, l'ASL AT procede, a campione, all'individuazione delle domande da sottoporre a verifica relativamente ai requisiti autocertificati. L'ASL AT si riserva la facoltà di richiedere ai beneficiari, in qualsiasi fase della procedura e anche successivamente, eventuali chiarimenti e integrazioni utili alla valutazione dell'efficacia dell'intervento.

I soggetti beneficiari sono tenuti a fornire riscontro nei termini e con le modalità di volta in volta indicati dagli uffici aziendali competenti.

Responsabile del procedimento

Il Responsabile del Procedimento è la Sig.ra Sonia Burlotti.

Il Dirigente aziendale di riferimento è il Dott. Filippo Bo, Responsabile S.S. Assistenza Protesica.

Trattamento dati personali

In attuazione del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003, Regolamento UE n. 2016/679 e D.Lgs. n. 101/2018), si rimanda all'Informativa sul trattamento dei dati personali predisposta dall'ASL AT in qualità di titolare del trattamento dei dati personali.

I dati personali forniti dai richiedenti saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla gestione della partecipazione all'Avviso pubblico, alla valutazione delle domande e all'erogazione del contributo, nonché per adempiere agli obblighi previsti dalla normativa vigente.

Pubblicazione, informazioni agli utenti e contatti

Il presente avviso è pubblicato sul portale istituzionale della A.S.L. AT (www.asl.at) nella sezione "IN EVIDENZA" e sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte – Sezione Annunci della regione e di altri enti pubblici e privati.

Qualsiasi informazione relativa ai contenuti del bando e agli adempimenti connessi potrà essere richiesta inviando una mail a ufficioprotesica@asl.at o telefonando ai numeri 0141/486037, 483437 (dal lunedì al venerdì dalle 14.00 alle 15.00).

Riepilogo date e termini temporali

FASI	A CURA DI	TERMINI
Pubblicazione Avviso Pubblico	Azienda Sanitaria Locale AT	06/08/2026
Presentazione delle domande di partecipazione	Beneficiario	15/09/2026
Approvazione della graduatoria	Azienda Sanitaria Locale	15/10/2026
Presentazione della documentazione relativa a prescrizione, fornitura, collaudo e fattura	Beneficiario	16/11/2026
Presentazione delle integrazioni documentali, comprovanti la spesa sostenuta	Beneficiario	30/11/2026
Erogazione del contributo	Azienda Sanitaria Locale	31/12/2026

Allegati:

- Allegato 1 – Allegato 1 del D.M. 22/08/2022
- Allegato A.1 – Domanda di partecipazione all'avviso pubblico
- Allegato A.2 – Certificazione medico-sportiva
- Allegato A.3 – Prescrizione del dispositivo

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

ASL AT- S.S. Assistenza Protesica
e-mail PEC: _____

Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ (_____) via _____

Riferimenti per il contatto:

- telefono fisso e/o cellulare **(obbligatorio)** _____
- recapito digitale (PEC) _____
- mail **(obbligatoria)** _____

consapevole delle responsabilità di legge in caso di dichiarazioni non veritiere (*)

presenta domanda di partecipazione al bando per il riconoscimento di contributi per l'acquisto di dispositivi medici per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica, in particolare per l'acquisto del seguente dispositivo medico _____ a beneficio di:

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

COGNOME _____ NOME _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____ (_____) _____

in _____

A tal fine, allega alla domanda la seguente documentazione relativa al beneficiario:

- a) certificato di idoneità allo svolgimento di attività ludico motorie sportive rilasciato da medico specialista in medicina dello sport dipendente o convenzionato con SSN;
- b) modello ISEE in corso di validità;

e dichiara che il beneficiario:

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

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| ☐ amputato di arto superiore: | ☐ monolaterale, | ☐ bilaterale; |
| ☐ amputato di arto inferiore: | ☐ monolaterale, | ☐ bilaterale; |
| ☐ paraparesi/paraplegia; | | |
| ☐ tetraparesi/tetraplegia; | | |

- b) ☐ è in possesso di verbale di invalidità (se maggiorenne);
- c) ☐ è in attesa del riconoscimento di invalidità (se maggiorenne);
- d) richiede il contributo per la pratica della seguente disciplina sportiva:

-
- e) non è affiliato ad alcuna società sportiva;
 - f) non ha ottenuto, né richiederà altri contributi pubblici a sostegno delle spese effettuate per l'acquisto dei dispositivi medici oggetto dell'avviso.

Dichiara, inoltre, di conoscere e accettare le condizioni relative:

- ai criteri per la predisposizione della graduatoria, come esplicitati nell'avviso;
- alla disponibilità a sottoporsi a successiva visita medica, convocata dalla ASL, per la prescrizione del dispositivo presso lo specialista che sarà indicato;
- al termine di conclusione delle procedure di erogazione del contributo successive alla prescrizione, che potranno concludersi entro il __/__/__;
- alle seguenti fasi, successive alla prescrizione, che includono:
 - 1) il contatto con fornitore autorizzato;
 - 2) le eventuali procedure di autorizzazione nel caso di contributo per componenti per protesi d'arto;
 - 3) la visita medica per collaudo presso lo stesso specialista prescrittore;
 - 4) l'integrazione della documentazione a corredo della domanda, da consegnare all'ASL di residenza, con la consegna della fattura o della ricevuta fiscale della spesa sostenuta, regolarmente quietanzate, a seguito di acquisto del dispositivo medico oggetto dell'avviso;
- alla partecipazione al follow up a 3 mesi e a 6 mesi, come da appuntamenti che saranno definiti dallo specialista prescrittore.

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

- di essere consapevole che, qualora le integrazioni non saranno presentate entro i termini prescritti, la domanda si intenderà respinta ed il contributo non sarà esigibile;
- che, qualora esso possa essere erogato, lo stesso potrà essere accreditato sul conto intestato a
IBAN _____
- di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003, Regolamento UE 2016/679 e D. Lgs. n. 101/2018).

(*) Articolo 76, commi 1, 2 e 3 del d.P.R. n. 445/2000: "1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. ((La sanzione ordinariamente prevista dal codice penale è aumentata da un terzo alla metà.)) 2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso. 3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale."

Il sottoscritto _____ consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che ogni dichiarazione resa risponde a verità e che le eventuali fotocopie allegate alla domanda di partecipazione sono conformi all'originale in suo possesso. A tal fine allega copia di valido documento di identità ai sensi degli artt. 38, 45 e 46 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Data _____ Firma _____

**CERTIFICAZIONE MEDICO SPORTIVA AI FINI DELLA VALUTAZIONE DI
IDONEITÀ ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ LUDICO MOTORIE O
SPORTIVE AMATORIALI INDIVIDUALI (DM 22 agosto 2022, art. 1, comma 2)**

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE IL BENEFICIO DI CUI AL DM 22.08.2022:

NOME _____ COGNOME _____
nato/a a _____ il ____/____/____
codice fiscale _____ residente a _____ (____)
in _____ CAP _____
e-mail _____ tel. _____

Si segnala che il richiedente il beneficio dichiara di:

☐ praticare già attività motorie o sportive amatoriali individuali (specificare la disciplina sportiva):

_____;

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

Indicare la tipologia di attività motoria o sportiva amatoriale individuale che il richiedente dichiara di voler praticare _____

Dettagliare la tipologia di protesi o ausilio _____

Sulla base della visita da me effettuata certifico che il soggetto sopra identificato non presenta controindicazioni allo svolgimento di attività ludico motorie o sportive amatoriali individuali, con adeguato supporto tecnico o protesico.

Il presente certificato ha validità esclusivamente per le finalità previste dal DM 22 agosto 2022.

NOTE _____

RIFERIMENTI DEL MEDICO COMPILATORE:

NOME _____ COGNOME _____

LUOGO e DATA

FIRMA e TIMBRO DEL MEDICO

1) Protesi a tecnologia avanzata e con caratteristiche funzionali allo svolgimento di attività sportive amatoriali, destinate a persone con disabilità fisica.		
Per la prescrizione dei componenti protesici ed eventuali aggiuntivi necessari per l'attività sportiva si deve far riferimento ai codici contenuti nel D.M. 332/1999 su apposito modulo. Le componenti ad alta tecnologia sono di seguito elencate; la prescrizione deve indicare il componente protesico contenuto nel DM 332/99, cui il componente a tecnologia avanzata è riconducibile		
a) protesi per arto inferiore		
codice identificativo aggiuntivo	Descrizione	Valore di riferimento a titolo di contributo
06.24.21.266	PIEDE A RESTITUZIONE D'ENERGIA piede a restituzione d'energia, senza articolazione tibio-tarsica, struttura elastica in fibre di carbonio o in fibre di vetro, progettato dal fabbricante per livello di attività funzionale k3-k4. <i>Prescrivibile esclusivamente ad assistiti con amputazione di arto inferiore dalla trans-tibiale alla transfemorale, con livello di attività funzionale K4, ai sensi del dPCM del 12 gennaio 2017, assistiti che "camminano con andatura media ed elevata sia in ambienti interni che esterni, senza alcun limite, affrontando la maggior parte degli ostacoli, variando la velocità e procedendo anche su terreni sconnessi [K3] e praticano o sono in grado di praticare attività sportive ed altre attività ad elevato impatto muscolare e fisico [K4]"</i>. Il componente è funzionalmente riconducibile a "piede rigido" senza articolazione alla tibio-tarsica, presente nei codici: 06.24.09.072, 06.24.12.003, 06.24.15.030, 06.24.15.054. La prescrizione può essere prevista nell'ambito di protesi definitive modulari 06.24.09.072, 06.24.12.003, 06.24.15.030, 06.24.15.054. Per le protesi con codice 06.24.12.003, 06.24.15.030, 06.24.15.054, la prescrizione è possibile esclusivamente se prescritto anche il ginocchio 06.24.21.380. NB: Il codice di aggiuntivo 06.24.21.266 è incompatibile con i seguenti codici: 06.24.21.265, 06.24.21.277, 06.24.21.003, 06.24.21.009. Fornito con <u>garanzia</u> di 36 mesi della struttura elastica e di 12 mesi della cover. (Il valore si intende come la differenza rispetto alla dotazione di base)	2.573,72 €
06.24.21.380	GINOCCHIO POLIFUNZIONALE MONOCENTRICO A FRIZIONE CON CONTROLLO IDRAULICO DELLA FLESSO-ESTENSIONE: ginocchio polifunzionale monocentrico a frizione, con controllo idraulico della flessione-estensione, sistema di bloccaggio manuale dell'articolazione, attuatore idraulico assiale o a rotazione; progettato dal fabbricante per livello di attività k3-k4. <i>Prescrivibile esclusivamente ad assistiti amputati di arto inferiore dalla disarticolazione di ginocchio alla transfemorale, con livello di attività funzionale K4, cioè, come definito nel dPCM del 12 gennaio 2017, assistiti che "camminano con andatura media ed elevata sia in ambienti interni che esterni, senza alcun limite, affrontando la maggior parte degli ostacoli, variando la velocità e procedendo anche su terreni sconnessi [K3] e praticano o sono in grado di praticare attività sportive ed altre attività ad elevato impatto muscolare e fisico [K4]"</i>. Il componente è funzionalmente riconducibile: • al ginocchio monoasse, presente nei codici base 06.24.12.003, 06.24.15.030, 06.24.15.054; • al ginocchio articolato libero in titanio, del codice di aggiuntivo 06.24.21.346; • al ginocchio polifunzionale, del codice di aggiuntivo 06.24.21.382. La prescrizione può essere prevista nel caso di fornitura di protesi definitiva modulare 06.24.12.003, 06.24.15.030, 06.24.15.054. Con il codice 06.24.21.380 deve essere sempre prevista la prescrizione del piede 06.24.21.266. NB: Il codice di aggiuntivo 06.24.21.380 è incompatibile con i seguenti codici: 06.24.21.361, 06.24.21.379, 06.24.21.003, 06.24.21.009 e con tutti gli aggiuntivi di ginocchio monofunzionale. Fornito con <u>garanzia</u> di 36 mesi. (Il valore si intende come la differenza rispetto alla dotazione di base)	1.498,52 €
b) protesi per arto superiore		
06.18.21.195	MANO MIOELETRICA TRI-DIGITALE A CONTROLLO PROPORZIONALE senza guanto cosmetico: rappresenta un'innovazione rispetto alla mano tri-digitale, in quanto consente di graduare la forza di presa e la velocità di avvicinamento/allontanamento delle dita protesiche in base (proporzionalmente) all'entità del segnale mioelettrico generato a seguito della contrazione muscolare. Ciò permette di realizzare un controllo più preciso e rapido della presa, consentendo un più efficace utilizzo. Prescrivibile agli assistiti invalidi civili attivi o in età lavorativa amputati di arto superiore che possono o sono potenzialmente in grado di praticare attività sportive a livello amatoriale. Il componente è funzionalmente riconducibile alla mano digitale presente nei codici delle protesi base mioelettriche o ibride per i livelli d'amputazione della radio-carpi alla interscapola toracica. Fornita con <u>garanzia</u> di 24 mesi. (Il valore si intende come la differenza rispetto alla dotazione di base)	3.634,24 €



2) Ausili a tecnologia avanzata e con caratteristiche funzionali allo svolgimento di attività sportive amatoriali, destinati a persone con disabilità fisica.		
L'erogazione degli ausili sottoelencati è stata prevista per gli assistiti con livello di attività funzionale medio alta, che possono svolgere o svolgono attività ludico motoria e sportiva amatoriale. Le carrozzine per attività ludico motoria sono erogate in via sperimentale indipendentemente dall'erogazione degli ausili per la mobilità funzionali agli spostamenti quotidiani dell'assistito già in uso o in corso di rinnovo.		
codice identificativo	Descrizione	Valore
12.22.03-L77A	CARROZZINA DA DANZA SPORTIVA: con telaio rigido in titanio, con asse regolabile e antiribaltamento centrale. (ISO 12.22.03 Carrozzine ad autospinta sulle ruote con due mani)	2.400,00 €
30.09.27-L77	CARROZZINA DA TENNIS: con telaio in titanio, con asse regolabile e antiribaltamento centrale. (ISO 30.09.27 Ausili per gli sport con la racchetta)	2.500,00 €
12.22.03-L77B	CARROZZINA SPORTIVA PER TIRO A SEGNO: con telaio rigido in titanio, con asse regolabile e antiribaltamento centrale. (ISO 12.22.03 Carrozzine ad autospinta sulle ruote con due mani)	2.100,00 €
12.22.03-L77C	CARROZZINA DA SCHERMA: con telaio rigido in titanio, con asse regolabile e antiribaltamento centrale. (ISO 12.22.03 Carrozzine ad autospinta sulle ruote con due mani)	2.100,00 €
30.09.36-L77A	MONOSCI: ammortizzato con scocca anatomica e telaio in alluminio completo di stabilizzatori e sci. E' un ausilio speciale per assistiti con disabilità degli arti inferiori (paraplegici, amputati agli arti inferiori...) (ISO 30.09.36 Ausili per sport invernale)	3.900,00 €
30.09.36-L77	SLITTINO: in telaio di titanio con seggiolino in fibra di carbonio. E' un ausilio speciale per assistiti con disabilità degli arti inferiori (paraplegici, amputati agli arti inferiori). (ISO 30.09.36 Ausili per sport invernale)	1.600,00 €
12.18.09-L77	HANDBIKE: a telaio rigido in lega leggera di alluminio. Indicato per assistiti con disabilità agli arti inferiori (paraplegici, amputati agli arti inferiori). Indicato sia per il tempo libero che per attività sportiva. (ISO 12.18.09 Tricicli e quadricicli a propulsione con le mani)	2.900,00 €
12.18.09-L77A	RACE WHEELCHAIR (CARROZZINA PER ATLETICA LEGGERA): Indicato per assistiti con disabilità agli arti inferiori (paraplegici, amputati agli arti inferiori). Indicato sia per il tempo libero che per attività sportiva. (ISO 12.18.09 Tricicli e quadricicli a propulsione con le mani)	2.500,00 €





Allegato A.3

SCHEMA PER LA PRESCRIZIONE DEL DISPOSITIVO

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

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME _____ COGNOME _____

NATO A _____ IL _____

C.F. _____ residente a _____

in _____ e-mail _____

tel. _____ ASL DI APPARTENENZA _____

Patologia/lesione che ha determinato la menomazione e disabilità:

Diagnosi funzionale (specifiche menomazioni/disabilità):

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

Prescrizione

S.C. DISTRETTO DI ASTI CENTRO
Direttore Dott.ssa E. TAMIETTI
Tel 0141 484438
Email: Distretto.asti@asl.at.it
tel. 0141 484438
Mail Distretto.asti@asl.at.it



Via Conte Verde 125 – 14100 ASTI
Casella Postale 130
Tel. +39 0141.48.1111
Fax +39 0141. 48.40.95
Pec: protocollo@pec.asl.at.it
P.I / C.F. 01120620057

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

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

DATA

FIRMA e timbro del medico

COLLAUDO:

In data _____ ho verificato la congruità del dispositivo prescritto relativamente alla sperimentazione del D.M. 22 agosto 2022

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

DATA

FIRMA e timbro del medico