

COMMISSIONE VALUTAZIONE PRESIDII E DISPOSITIVI MEDICI
EXTRA NOMENCLATORE TARIFFARIO
REGOLAMENTO

Art. 1

La Commissione, istituita per motivi di opportunità ed equità, ha la funzione di valutare e di esprimere parere in merito alle richieste di fornitura, a carico del SSR, di presidi, ausili e dispositivi medici non inclusi nel Nomenclatore tariffario, né riconducibili a prodotti aventi la stessa finalità riabilitativa. Condizione determinante è che i beneficiari *siano persone affette da gravissime minorazioni sensoriali che non possono trarre beneficio dall'utilizzo di un presidio compreso nel N. T. ovvero di minori di anni 18 affetti da gravissima disabilità* (art. 1 – comma 6 D.M. 332/99).

Art. 2

Non sono considerati dispositivi extra N.T.:

- gli oggetti di uso comune quotidianamente utilizzati;
- i dispositivi la cui fornitura è già disciplinata da specifiche disposizioni in materia (Infortuni sul lavoro);
- i dispositivi impiantabili internamente al corpo.

Art. 3

La necessità di utilizzo di un dispositivo extratariffario è individuata esclusivamente dal medico prescrittore -specialista di struttura pubblica- tenuto conto dell'impossibilità di ottenere analogo beneficio riabilitativo mediante l'utilizzo di ausili compresi nel N.T.

A tale scopo lo specialista prescrittore -competente per tipologia di menomazione o disabilità- redige adeguata certificazione sanitaria attestante:

- la diagnosi circostanziata e la descrizione del problema clinico;
- la prescrizione del dispositivo necessario, e, in modo dettagliato, le motivazioni dell'**indispensabilità** e **insostituibilità** del dispositivo stesso;
- le finalità riabilitative in connessione al tipo di invalidità dell'assistito;
- la sua efficacia nel miglioramento della qualità della vita.

La relazione dovrà anche certificare, quando presente, l'adeguata evidenza di efficacia nella letteratura scientifica.

La prescrizione di un dispositivo extra N.T., infatti, deve indicare le specifiche tecniche identificative dello stesso.

La prescrizione del dispositivo, la dettagliata certificazione e/o relazione e ogni altra documentazione ritenuta utile nonché la richiesta -che dovrà essere **preventivamente** inoltrata dall'interessato utilizzando l'apposito modulo in appendice al presente regolamento- sono inviate ai Distretti territorialmente competenti i quali, verificata la congruità della richiesta rispetto ai dispositivi previsti nell'ambito della assistenza protesica, provvedono a trasmetterle, in originale e fotocopie, alla Commissione Valutativa presidi e dispositivi extra N.T. Si dà atto che per acquisti inferiori a € 100,00, i Distretti potranno provvedere in forma autonoma. **Non**

saranno ritenute valide richieste di rimborso per ausili e/o dispositivi acquistati senza autorizzazione.

Art. 4

La Commissione, che espleta la propria attività istituzionale in orario di servizio, autorizza la fornitura per i presidi e dispositivi medici (ivi compresi quelli temporanei -che possono essere concessi per la durata massima di 1 anno) e provvede a trasmettere al Distretto territorialmente competente le decisioni assunte per il seguito di competenza. Entro la scadenza del periodo di concessione, il paziente dovrà presentare certificazione attestante il permanere delle condizioni cliniche che hanno dato diritto alla fornitura del dispositivo medico. La Commissione valuterà se rinnovare o meno la concedibilità della fornitura.

Art. 5

La erogazione del dispositivo extra N.T. non implica alcuna compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito, rimanendo l'onere dello stesso a totale carico del SSR.

Il dispositivo extra N.T. viene fornito in comodato d'uso e rimane di proprietà dell'AUSL che si fa carico delle eventuali modifiche dall'ausilio, per tutto il tempo di utilizzo dello stesso, mentre rimangono a carico dell'assistito gli oneri relativi alla manutenzione ordinaria del dispositivo.

Art. 6

Si dà atto che i Componenti della Commissione dovranno annualmente redigere -ai sensi del D.Lgs n. 39 dell'8/4/2013 – Decreto anticorruzione in materia di incompatibilità e inconferibilità degli incarichi- apposita autocertificazione che sarà di volta in volta fornita dal Presidente ai Componenti (che non abbiano già provveduto in merito) i quali, tra l'altro, sottoscriveranno l'impegno a non trattare pratiche relative a parenti ed affini entro il 3° grado e dispositivi forniti da Ditte con cui gli stessi abbiano rapporti personali e professionali. Le autocertificazioni dovranno essere inoltrate alla AUSL indirizzandole al Direttore della UOC di Medicina Legale Aziendale che provvederà alla archiviazione delle stesse.

Art. 7

Il presente Regolamento, completo dei modelli di domanda e certificato specialistico che saranno pubblicati sul sito dell'AUSL di Viterbo, viene trasmesso ai Direttori dei Distretti della AUSL per il seguito di competenza.

Al DIRETTORE del Distretto di _____
della AUSL di Viterbo

Richiesta di dispositivi extra nomenclatore tariffario
(ex art. 1 c. 6, D.M. 332/99)

Il sottoscritto _____

nato a _____

il _____

residente a _____

CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

Cod. fiscale _____ tel. n. _____

in qualità di **interessato/tutore**⁽¹⁾ del minore _____

nato a _____

il _____

tenuto conto dell'impossibilità di ottenere analogo beneficio riabilitativo mediante l'utilizzo di dispositivi ricompresi nel vigente nomenclatore tariffario, o ad essi riconducibili,

CHIEDE

come **portatore/tutore** (del minore portatore⁽¹⁾) di gravissime disabilità, **la fornitura del/dei seguenti dispositivi, ausili, extra nomenclatore tariffario, in quanto il loro utilizzo è INDISPENSABILE e INSOSTITUIBILE non sussistendo valide alternative terapeutiche.**

A tale scopo allega **Certificazione** redatta (su l'apposito modulo predisposto dalla AUSL) da Specialista di Struttura Pubblica, **attestante la diagnosi circostanziata e la descrizione del problema clinico, l'INDISPENSABILITA' e INSOSTITUIBILITA' dei dispositivi/ausili (non sussistendo valide alternative terapeutiche), il periodo di interesse (se temporanei), le caratteristiche tecniche, l'eventuale preventivo di spesa.**

Luogo e data

Firma

Allega copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità, della tessera sanitaria e del verbale di Invalidità civile.

(¹) deppennare la voce che non ricorre

Informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 30.06.2003 n. 196 e ss.mm.).

Ai sensi dell'art. 13 del Codice il sottoscritto dichiara di essere stato informato che i dati identificativi e diagnostici inseriti nella domanda sono raccolti e trattati dall'AUSL all'interno del procedimento finalizzato alla fornitura di protesi ed ausili extra N.T.

L'eventuale rifiuto, anche parziale, a fornire i dati richiesti, preclude l'attivazione del procedimento. I dati personali e sanitari verranno trattati in modo lecito, nel rispetto delle misure atte a garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi.

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato del diritto ad ottenere in ogni momento la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che lo riguardano, della forma di utilizzo e di conservazione degli stessi, dei soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati debbono essere comunicati o che possono venire a conoscenza, del diritto di integrazione, rettifica, aggiornamento.

Il titolare del trattamento dei dati è la AUSL ed i responsabili del trattamento sono il Direttore del Distretto a cui è stata inoltrata la domanda ed il Presidente della Commissione per la fornitura di presidi ed ausili non compresi negli elenchi di cui al Nomenclatore Tariffario.

CERTIFICATO MEDICO SPECIALISTICO PER LA FORNITURA DI PROTESI, PRESIDI ED AUSILI SANITARI NON PREVISTI DAL NOMENCLATORE-TARIFFARIO

Io sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ in qualità di medico di Struttura pubblica, specialista in _____ dichiaro di avere in cura il/la Sig. (il/la minore) _____, nato/a _____, il _____ affetto/a da¹: _____

e che, per tale patologia, lo/a stesso/a, è stato/a riconosciuto/a (per i minori di anni 18 non è richiesto tale riconoscimento)

invalido civile sordomuto cieco civile

La patologia da cui è affetta la persona da me assistita **richiede un piano di intervento strutturato che si pone, responsabilmente, i seguenti obiettivi** (precisare le finalità riabilitative in relazione al tipo di invalidità e/o l'efficacia nel miglioramento della qualità della vita)

¹ indicare la diagnosi circostanziata e la descrizione del problema clinico

che richiedono, di necessità, la fornitura straordinaria dei seguenti ausili/dispositivi/protesi/presidi: (precisare)

dei quali, in considerazione della indispensabilità e insostituibilità, preciso le specifiche tecniche identificative:

Attesto infine che quanto da me prescritto non è riconducibile a nessun ausilio/dispositivo/protesi/presidio previsto dal Nomenclatore-Tariffario e che non sussistono controindicazioni all'utilizzo in sicurezza di quanto sopra indicato.

Dichiaro, inoltre, sotto la mia personale responsabilità, **che quanto prescritto risulta appropriato alla cura della patologia da cui è affetto/a il/la paziente ed è in linea con gli standards di buona pratica clinica** e che il piano di cura prescritto sarà da me costantemente monitorato per valutarne l'efficacia e gli outcomes.

Dichiaro, infine, di essere disponibile a rappresentare e discutere quanto da me prescritto alla apposita Commissione istituita presso la AUSL e che, a tale scopo, posso essere contattato al seguente n. telefonico _____.

In fede.

Data, _____

Timbro e firma per esteso
(leggibile)
