



REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale di Teramo

DIPARTIMENTO ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE
Direttore: Dott. Valerio F. Profeta

SERVIZIO TERRITORIALE DI RIABILITAZIONE
Dirigente Responsabile: Dott.sa Maria Gabriella Di Nicola

**LINEE GUIDA PER I MEDICI PER RICHIEDERE
DISPOSITIVI DI RIABILITAZIONE**

PRESIDI, PROTESI, ORTESI E AUSILI

Prima versione del 15.10.2009

INDICE

Introduzione	pag. 3
Aventi diritto	pag. 4
Modalità di presentazione della richiesta	pag. 4
Modalità di prescrizione	pag. 5
L'autorizzazione	pag. 6
Il collaudo	pag. 7
Dispositivi atti a favorire la mobilità senza e con accompagnatore	pag. 8
• Carrozzine	pag. 8
• Montascale	pag. 9
• Sollevatore	pag. 9
Dispositivi per soggetti obbligati alla degenza continua a letto	pag. 9
• Letto ortopedico	pag. 9
• Letti a movimentazione elettrica	pag. 10
• Materassi antidecubito	pag. 10
Ausili per la stabilizzazione e sistemi di postura	pag. 10
Dispositivi non previsti dal nomenclatore tariffario	pag. 11
Ausili assorbenti per l'urina	pag. 11
Protesi acustica	pag. 12
Dispositivi aggiuntivi, personalizzati e su misura	pag. 12
Modulo per la richiesta	pag. 13

INTRODUZIONE

Da più parti è stata rappresentata ai vari livelli dell'articolazione aziendale la necessità di diramare linee guida per rendere uniformi in tutte le sedi della A.S.L. di Teramo i criteri che stanno alla base della dispensazione a carico del S.S.N. dei presidi, protesi, ortesi ed ausili.

Scopo delle presenti indicazioni sarà, perciò, quello di chiarire molti aspetti della materia che spesso vengono valutati in modo differente a seconda dei singoli medici prescrittori.

Siamo pienamente consapevoli che ogni prescrizione debba essere fatta secondo scienza e coscienza, ma quando una prescrizione viene fatta a nome e per conto di un ente pubblico, con oneri a carico dello stesso, essa non può non inserirsi nell'alveo delle norme di riferimento e delle indicazioni aziendali.

Lo stesso regime di autorizzazione preventiva non deve essere inteso come una limitazione all'autonomia prescrittiva del medico specialista bensì per quello che in effetti è, e cioè una verifica della completezza della documentazione inoltrata dall'assistito e dell'appropriatezza rispetto alle citate norme e regolamenti.

Sappiamo altresì che la spesa per l'assistenza riabilitativa e protesica in Abruzzo è tra le più elevate con valori ben oltre la media nazionale senza che vi siano ragioni epidemiologiche che giustifichino tale differenza.

Ognuno di noi, medici dipendenti e convenzionati, è chiamato per la parte che gli compete, e nel proprio ambito d'azione, a concorrere alla necessaria razionalizzazione nell'impiego delle risorse.

Chiunque desiderasse ricevere una copia in formato elettronico delle presenti linee guida (che a breve saranno anche pubblicate sul nostro sito web www.aslteramo.it potrà farne richiesta ai seguenti indirizzi e mail: valerio.profeta@aslteramo.it oppure mariagabriella.dinicola@aslteramo.it

Ringraziamo tutti voi per la collaborazione.

Dott. Valerio F. Profeta

Dott.sa Maria Gabriella Di Nicola

AVENTI DIRITTO

Hanno diritto alla fornitura di dispositivi protesici solo gli assistiti in possesso dell'avvenuto riconoscimento di INVALIDITA' CIVILE, di GUERRA o per SERVIZIO.

Possono inoltre accedere all'assistenza protesica anche assistiti in attesa di riconoscimento dell'invalidità se affetti dalle seguenti menomazioni: entero-urostomizzati, pazienti mastectomizzate, laringectomizzati, tracheostomizzati, i soggetti che hanno subito interventi demolitori del globo oculare.

Gli invalidi per LAVORO usufruiscono dell'assistenza protesica erogata dall'INAIL e pertanto non hanno diritto alla fornitura di dispositivi erogata dal S.S.N.

Sono altresì esclusi dall'assistenza protesica a carico del S.S.N. gli assistiti affetti da patologie transitorie (es. fratture).

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA

Per la domanda di fornitura di presidi protesici l'assistito dovrà rivolgersi presso il Servizio di Riabilitazione ovvero presso il Punto Unico di Accesso (P.U.A.) di ogni D.S.B.

Alla domanda, redatta su apposito modulo, dovranno essere necessariamente allegati:

- **Prescrizione specialistica redatta con le modalità cui al successivo punto;**
- **Copia del verbale di invalidità civile o di guerra o per servizio, ovvero, nei casi sopra menzionati, di avvenuta presentazione dell'istanza di invalidità.**

MODALITÀ DI PRESCRIZIONE

La prescrizione dei dispositivi protesici è redatta dal **MEDICO SPECIALISTA del S.S.N.**, dipendente o convenzionato, **COMPETENTE PER TIPOLOGIA DI MENOMAZIONE O DISABILITÀ.**

La prescrizione di un **dispositivo protesico** costituisce parte integrante di un **PROGRAMMA DI PREVENZIONE SECONDARIA, CURA E RIABILITAZIONE** delle patologie o dei loro esiti che determinano la menomazione o disabilità.

Si rammenta che il D. Lgs. 502/1992 e successive integrazioni e modifiche ha introdotto una netta distinzione tra competenze sanitarie a carico del S.S.N. e competenze sociali che, invece, sono poste a carico dei comuni e enti locali.

La valutazione del medico, perciò, pur tenendo presente anche il contesto sociale e familiare dell'assistito, dovrà vertere soprattutto su criteri sanitari.

La prescrizione di un presidio o un ausilio deve perciò essere intesa come un atto medico teso a curare, riabilitare o prevenire ulteriori aggravamenti di una malattia cronica invalidante.

A tal fine la prima prescrizione di un dispositivo protesico deve comprendere:

1. **UNA DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA** che scaturisca da una completa valutazione clinica e strumentale dell'assistito;
2. **L'INDICAZIONE DEL DISPOSITIVO** protesico, ortesico o dell'ausilio prescritto, **COMPLETA DEL CODICE IDENTIFICATIVO RIPORTATO NEL NOMENCLATORE** e l'indicazione degli eventuali adattamenti necessari per la sua personalizzazione;
3. **UN PROGRAMMA TERAPEUTICO RIABILITATIVO DI UTILIZZO DEL DISPOSITIVO.**

Il dispositivo protesico prescritto di cui si chiede l'erogazione **DEVE ESSERE ATTINENTE E CORRELATO ALLE PATOLOGIE RICONOSCIUTE INVALIDANTI A CARATTERE PERMANENTE** dalle Commissioni Mediche preposte.

Nella prescrizione il Medico Specialista dovrà attenersi a quanto stabilito dal

regolamento recante le norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale contenuto nel D.M. n. 332 del 27 agosto 1999 (cosiddetto **Nomenclatore Tariffario**).

La prescrizione dovrà essere redatta **solo ed esclusivamente sull'apposito modulo** cui all'allegato 1; non saranno accettate prescrizioni redatte su carta intestata della Unità Operativa o su moduli prestampati di altro genere.

La prescrizione dovrà essere redatta di **proprio pugno** dal medico proscrittore **in ogni sua parte** e dovrà riportare timbro e firma del medico.

L'AUTORIZZAZIONE

L'autorizzazione alla fornitura sarà emessa dal Dirigente Medico del Servizio di Riabilitazione che **è tenuto a verificare la completezza della documentazione presentata nonché valutare l'appropriatezza e la congruità della prescrizione**.

Nel caso in cui la documentazione risulti essere incompleta o carente il Dirigente Medico del Servizio di Riabilitazione richiederà all'assistito le opportune integrazioni.

Nel caso di forniture successive alla prima, il personale del Servizio Territoriale di Riabilitazione dovrà verificare che siano stati rispettati **MODALITÀ E TEMPI DEL RINNOVO**.

Una volta ricevuta l'autorizzazione alla fornitura, l'assistito potrà rivolgersi per l'erogazione del presidio presso un fornitore a tal fine autorizzato dalla Regione Abruzzo.

Al momento della consegna del dispositivo protesico l'assistito o chi ne esercita la tutela dovrà rilasciare al fornitore una dichiarazione di ricevuta; questa dovrà essere allegata dal fornitore alla fattura trasmessa all'Azienda USL ai fini del rimborso.

Nel caso di **dispositivi finiti** (letti, carrozzelle, deambulatori, ecc..) il Servizio di Riabilitazione potrà fornire direttamente all'assistito un presidio cosiddetto **RICONDIZIONATO**.

In NESSUN CASO gli assistiti possono farsi anticipare i dispositivi protesici

dalle sanitarie private convenzionate prima del rilascio della necessaria autorizzazione emessa dal Servizio di Riabilitazione. A tal fine si rammenta che il D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni esclude esplicitamente ogni forma di assistenza indiretta.

IL COLLAUDO

È OBBLIGO DEL MEDICO PRESCRITTORE o della sua Unità Operativa di appartenenza **L'EFFETTUAZIONE DEL COLLAUDO** entro 20 giorni dalla data di consegna.

Qualora l'assistito non si presenti alla data fissata per il collaudo senza giustificato motivo incorre nelle sanzioni fissate dalla vigente normativa.

Il collaudo **accerta la CONGRUENZA clinica e la RISPONDENZA** del dispositivo in base ai termini della relativa autorizzazione e prescrizione specialistica.

Sono esclusi dalla procedura di collaudo i dispositivi monouso.

Qualora all'atto del Collaudo il dispositivo **NON RISULTI RISPONDENTE** alla prescrizione il fornitore è tenuto ad apportare le opportune variazioni.

Il medico collaudatore dovrà pertanto certificare lo stato di non congruenza e/o di non corrispondenza tra dispositivo protesico prescritto e quello consegnato all'assistito in modo che il collaudatore stesso ovvero l'Ufficio di Riabilitazione possa intervenire con il fornitore a far apportare le opportune variazioni.

I dispositivi su misura di cui all'elenco n.1 debbono riportare il numero di matricola da cui si rilevi anche il mese e l'anno dell'autorizzazione rilasciata dall'Azienda USL e che deve essere impresso in modo visibile ed indelebile in un punto non asportabile e non soggetto a logorio.

DISPOSITIVI ATTI A FAVORIRE LA MOBILITÀ ASSISTITA CON O SENZA ACCOMPAGNATORE

Le **carrozzine, i deambulatori, i passeggini, ecc.** sono da considerarsi dispositivi atti a favorire la mobilità assistita con o senza accompagnatore.

È opportuno rammentare che tutti i dispositivi indicati per la mobilità assistita **sono alternativi** ai dispositivi prescrivibili a soggetti affetti da patologie gravi che obbligano alla degenza a letto (letti speciali, materassi antidecubito, sollevatori ecc.), senza soluzione di continuità e viceversa.

1. **CARROZZINA A TELAIO RIGIDO MANOVRABILE DALL'ACCOMPAGNATORE cod. 12.21.03.003:** è indicata in tutti i casi in cui il soggetto necessita di un ausilio per la mobilità assistita da un accompagnatore.
2. **CARROZZINA A TELAIO RIGIDO RECLINABILE MANOVRATA DALL'ACCOMPAGNATORE cod. 12.21.03.006:** è indicata in tutti i casi in cui il soggetto necessita di un ausilio per la mobilità assistita da un accompagnatore.
3. **CARROZZINA A TELAIO RIGIDO AD AUTOSPINTA CON MANI SULLE RUOTE POSTERIORI con WC cod. 12.21.06.003:** è prescrivibile in tutti i casi in cui l'utilizzatore è in grado di attivare la mobilità senza necessità di un accompagnatore.
4. **CARROZZINA A TELAIO RIGIDO AD AUTOSPINTA CON MANI SULLE RUOTE ANTERIORI con WC cod. 12.21.09.003:** è prescrivibile in tutti i casi in cui l'utilizzatore è in grado di attivare la mobilità senza necessità di un accompagnatore.
5. **CARROZZINA PIEGHEVOLE cod. 12.2106039** e la **CARROZZINA PIEGHEVOLE DI TRANSITO cod. 12.21.06.045:** sono prescrivibili per la mobilità assistita rispettivamente con e senza la necessità di un accompagnatore.
6. **CARROZZINA SUPERLEGGERA cod. 12.21.06.060:** è indicata per adulti e minori di anni 18 non deambulanti **che svolgono intensa attività esterna**, essa è

alternativa alle altre carrozzine cod. 12.21.06.

7. **MONTASCALE MOBILE A CINGOLI E A RUOTE:** è indicato in soggetti totalmente non deambulanti dimoranti abitualmente in edifici sprovvisti di ascensore idoneo, serviti da scale non superabili mediante l'istallazione di una rampa di cui al D.M. Lavoro Pubblici n. 236 del 14\08\1989. Per la prescrizione del montascale è necessario che sia **in atto un progetto terapeutico-riabilitativo** per cui tale ausilio risulti **assolutamente indispensabile**. Pertanto, in tali casi, il medico prescrittore dovrà stilare una relazione in merito al progetto medesimo. Per l'autorizzazione sarà, inoltre, necessaria una **indagine sociale preventiva** che dovrà attestare l'assoluta indispensabilità del montascale. Appare, perciò, evidente che il montascale non deve essere inteso come mero presidio atto ad eliminare le barriere architettoniche semplicemente tanto per permettere all'assistito di poter uscire di casa ma occorre che la necessità di uscire di casa (evenienza puramente di carattere sociale) si accompagni ad un'esigenza terapeutica o riabilitativa sebbene intesa nell'accezione più ampia.

8. **SOLLEVATORE MOBILE AD IMBRACATURA POLIFUNZIONALE cod.12.36.03.003:** è indicato per lo spostamento di invalidi **che non residuano alcuna capacità di spostamento autonomo**. NON è PRESCRIVIBILE ai soggetti invalidi obbligati alla degenza a letto senza soluzione di continuità (salvo situazioni caratterizzate da assoluta indispensabilità documentate da progetti terapeutici in esecuzione).

DISPOSITIVI PER SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE GRAVI CHE OBBLIGANO ALLA DEGENZA A LETTO SENZA SOLUZIONE DI CONTINUITÀ

1. **LETTO ORTOPEDICO cod.18.12:** è prescrivibile ad adulti invalidi ed a minori di anni 18 affetti da patologie gravi CHE OBBLIGANO ALLA DEGENZA A LETTO SENZA SOLUZIONE DI CONTINUITÀ.

2. **LETTI A MOVIMENTAZIONE ELETTRICA:** sono prescrivibili **solo a soggetti in grado di azionarli autonomamente e che non dispongono di una persona di aiuto in via continuativa.**

3. **MATERASSI ANTI-DECUBITO cod. 03.35.06:** sono prescrivibili ad adulti invalidi ed a minori di anni 18 affetti da patologie gravi CHE OBBLIGANO ALLA DEGENZA SENZA SOLUZIONE DI CONTINUITÀ. Sono ausili **idonei all'utilizzo su letti normali od ortopedici.** In altre parole, non necessariamente tale ausilio va prescritto contemporaneamente anche al letto ortopedico.

AUSILI PER LA STABILIZZAZIONE E SISTEMI DI POSTURA

Per quanto riguarda **i dispositivi protesici per la mobilità e la posizione seduta** di cui all'elenco n.1 del D.M. n.332\99, specie se allestiti con dispositivi aggiuntivi e complementari, essi si devono considerare come presidi aventi una funzione ben definita e diversa da altro presidio similare. **È ammessa la prescrizione anche simultanea di più presidi di tal genere a condizione che abbiano finalità riabilitativa o di recupero differenziate.**

In questi casi il medico specialista prescrittore **DOVRÀ RELAZIONARE IN MERITO e DOVRÀ MOTIVARE LA PRESCRIZIONE DI DISPOSITIVO SIMILARE** per l'assistito a cui sia già stato erogato un dispositivo similare ed indicare il progetto terapeutico in atto e le diverse finalità riabilitative o di recupero differenziate dell'uno e dell'altro dispositivo. Se tale progetto terapeutico-riabilitativo non è in atto, né esiste non si potrà rilasciare alcuna prescrizione.

Anche le situazioni di disabilità oramai stabilizzate ove non si prevedono recuperi funzionali **rappresentano un impedimento per la prescrizione di stabilizzatori o di sistemi di postura o di altri dispositivi similari.**

Progetti terapeutico-riabilitativi di mantenimento rappresentano anch'essi situazioni limite alla prescrizione di tali dispositivi.

DISPOSITIVI NON PREVISTI DAL NOMENCLATORE TARIFFARIO

In caso di prescrizione di dispositivo non previsto dal nomenclatore tariffario ma riconducibile per omogeneità funzionale ad un dispositivo presente, il medico prescrittore dovrà specificare tale riconducibilità.

Ovviamente la riconducibilità dovrà avere una chiara rispondenza non solo nelle caratteristiche funzionali, ma anche nel costo.

In caso di prescrizione di dispositivo non previsto dal nomenclatore tariffario **l'assistito dovrà presentare al Servizio Territoriale di Riabilitazione anche il preventivo di spesa e se il costo del dispositivo dovesse essere superiore a quello previsto dal nomenclatore per l'ausilio riconducibile la differenza sarà a carico dell'assistito.**

Se il valore del dispositivo riconducibile per omogeneità funzionale, invece, dovesse avere un costo nettamente inferiore a quello del dispositivo previsto dal Nomenclatore non potrà essere autorizzato l'acquisto in quanto ciò sta a significare una chiara non rispondenza e non riconducibilità.

AUSILI ASSORBENTI PER L'URINA

Pannolone a mutandine, pannolone sagomato, pannolone rettangolare e gli accessori per il letto e cioè le traverse assorbenti salva materasso: possono essere tra loro integrativi come da indicazione riportata nella prescrizione medica.

Il numero massimo di pezzi totali (pannoloni + traverse) prescrivibili è pari a 120 al mese.

Nel caso di prima prescrizione essa va motivata con diagnosi circostanziata derivante da una completa valutazione clinica e strumentale come pure **va motivata la prescrizione del numero massimo dei pezzi prescrivibili.**

Le traverse assorbenti salva materasso, come è implicito nella loro definizione, vanno prescritte solo a tale fine. In altre parole, non vanno prescritti ad assistiti che non risultino nelle condizioni di degenza a letto, salvo situazioni particolari in cui si dimostri la necessità.

PROTESI ACUSTICA

Non è opportuna la prescrizione di tale dispositivo in caso di adulti già riconosciuti invalidi per demenza senile grave o per M. di Alzheimer in condizioni di gravità non solo per le caratteristiche proprie della patologia ma anche per ciò che riguarda l'attendibilità dell'eventuale esame audiometrico.

DISPOSITIVI AGGIUNTIVI, PERSONALIZZATI E SU MISURA

Si raccomandano la massima attenzione, oculatezza e ponderatezza in tali prescrizioni specie per i dispositivi dell'elenco n. 1 del D.M. n.332\99, in genere **su misura**, in cui spesso **necessita la prescrizione di dispositivi aggiuntivi personalizzati** ai singoli casi.

Tali dispositivi aggiuntivi vanno prescritti solo se ritenuti dallo specialista strettamente necessari per il recupero funzionale **e se previsti per quel determinato dispositivo di base.**



REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale di Teramo

MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI AUSILI, PROTESI, ORTESI, ECC.

Cognome e Nome dell'assistito/a: _____

Residente a: _____ Prov: ____ Via: _____ n. ____

Tel: _____ Codice Fiscale: _____

DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA

	PRESIDIO PRESCRITTO	CODICE
1.		
2.		

FINALITÀ TERAPEUTICHE E RIABILITATIVE

TEMPO DI IMPIEGO	CONTROINDICAZIONI E LIMITI DI IMPIEGO (espressamente applicati all'assistito/a)
Ore nella giornata: _____	
Giorni in una settimana: _____	
Settimane nell'anno: _____	
MODALITÀ DI CONTROLLO	VARIAZIONI POSSIBILI NEL TEMPO (entro i limiti indicati dal nomenclatore)
Primo controllo: _____	
Controlli successivi: _____	↑possibili ↑non possibili ↑altro _____

Data:

Timbro e Firma del Medico Specialista