

## **ALLEGATO B - Schema di verbale di verifica dei requisiti delle Aziende Ortopediche, Audioprotesiche, Ottiche, e degli erogatori di presidi monouso e di serie**

In data ....., i sottoscritti:

- \_\_\_\_\_ in qualità di Responsabile Assistenza Protesica della A.S.L. \_\_\_\_\_, o suo delegato, del Servizio Assistenza Protesica ;
- \_\_\_\_\_ in qualità di operatore del Servizio di Igiene pubblica dei dipartimenti di prevenzione della A.S.L. \_\_\_\_\_, o suo delegato, del Servizio Prevenzione/Servizio Igiene e Sanità pubblica;
- \_\_\_\_\_ in qualità di Funzionario Amministrativo della A.S.L. \_\_\_\_\_

hanno proceduto alla verifica

- Preventiva (a seguito di istanza di iscrizione nell'Elenco fornitori regionale di protesi, ortesi, ausili)
- Ordinaria (ossia di controllo in quanto Fornitore già iscritto nell'Elenco)
- Straordinaria (ossia di verifica del superamento delle criticità già accertate con precedente verbale al fine di poter reintegrare nell'Elenco l'attività temporaneamente sospesa o a seguito di segnalazioni pervenute dall'utenza)

dell'Azienda \_\_\_\_\_, che

eroga dispositivi  Ortopedici  Audioprotesici  Ottici  Ausili monouso e/o di serie

sita in Via/P.zza \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_

alla presenza ed in contraddittorio con il

- Titolare Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_
- Direttore Responsabile Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_ Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

e procedendo alla verifica di quanto dichiarato dall'azienda nell'istanza di iscrizione, hanno constatato quanto riportato nella Scheda di verifica dei requisiti, concludendo la verifica con esito:

1.  favorevole (= presenza di tutti i requisiti)
2.  sfavorevole (= assenza totale o parziale dei requisiti)
3.  favorevole con riserva (= presenza di situazioni non conformi ma sanabili).

In caso di esito favorevole con riserva causata da (descrizione della situazione sanabile rilevata):

---

---

---

è richiesto l'adeguamento del requisito entro il \_\_\_\_\_ .

Una volta ottemperato a quanto prescritto l'Azienda provvederà a darne comunicazione all' ASL che procederà a successiva verifica.

NOTE ED OSSERVAZIONI VARIE

---

---

---

---

NOTE ED OSSERVAZIONI RAPPRESENTANTE DELL'AZIENDA

---

---

---

---

Letto, confermato e sottoscritto

il Responsabile Assistenza Protesica ASL

---

l'Operatore Tecnico della Prevenzione/  
ASL Servizio Igiene e Sanità pubblica

---

il Funzionario Amministrativo ASL

---

Il Rappresentante dell'azienda

---

Data

---

**SCHEDA DI VERIFICA DEI REQUISITI**

<b>REQUISITI AMMINISTRATIVI E ORGANIZZATIVI</b>	
Ragione Sociale	
Indirizzo sede legale	
<b>Indirizzo della sede operativa/filiale oggetto di verifica</b>	
Partita IVA	
Codice Fiscale	
Numero REA	
Tel./fax.	
Indirizzo PEC/e-mail	
Numero Registrazione al Ministero della Salute : ITCA prevista solamente per le strutture (sedi operative o filiali) che producono dispositivi su misura	
Data inizio attività	
Legale rappresentante	
Orario di apertura esposto al pubblico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Orario di apertura al pubblico	Lunedì : _____ Martedì : _____ Mercoledì : _____ Giovedì : _____ Venerdì : _____ Sabato : _____ Domenica : _____
Altre sedi/filiali dichiarate	
Estremi del documento licenza/autorizzazione all'esercizio dell'attività	

Sistema di gestione informatico	Software gestionale dedicato    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nome e Cognome del Responsabile della procedura "percorso protesico on line"	_____
Implementazione di un Sistema di Qualità Aziendale (solo per i fabbricanti)	L'azienda applica il D.Lgs. 46/1997    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sistema di Qualità Aziendale Autocertificato (solo per i fabbricanti)	<input type="checkbox"/> presente Aggiornamento alla norma vigente    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sistema di Qualità Aziendale certificato (raccomandato) (solo per i fabbricanti)	<input type="checkbox"/> presente
- Ente certificante e n° certificato	
- Tipologia di certificazione	
- Data scadenza certificato	
Dotazione di codice etico (raccomandato)	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> non presente
Dotazione di carta dei servizi (raccomandato)	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> non presente
Fascicoli analisi dei rischi, aggiornamento alla norma vigente con revisione massima triennale (ove richiesto)	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> non presente
Fascicolazione tecnica dei dispositivi medici immessi in commercio (solo per fabbricanti)	È gestita    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Archivio di 5 anni della fascicolazione (solo per fabbricanti)	È presente?    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Gestione Tracciabilità Prodotto (ove richiesto)	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> non presente
Registro Gestione non Conformità (ove richiesto)	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> non presente
Registro Gestione sinistri/mancati sinistri	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> non presente
Registro Gestione Reclami	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> non presente
Registro Gestione Manutenzione Apparecchiature	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> non presente
Registro rifiuti speciali/sistema SISTRI	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> non presente
L'azienda adempie alla normativa in materia smaltimento dei rifiuti D.lgs. n° 152/2006 e s.m.i..	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Nome del Direttore Tecnico/Professionista Sanitario abilitato (non richiesto per gli erogatori di soli prodotti monouso e di serie di cui all'elenco di pag. 23)	
Titolo di Studio del Direttore Tecnico/Professionista Sanitario abilitato presente presso la sede operativa/filiale (non richiesto per gli erogatori di soli prodotti monouso e di serie di cui all'elenco di pag. 23)	<p>- Tecnico Ortopedico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (R.D. 31/05/1928, n. 1334 - art. 140 R.D. 27/07/1934, n. 1265 equipollenza D.M. 14.09.1994, n. 665 G.U. 03.12.1994, n. 283)</p> <p>- Tecnico audioprotesista Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (D.M. Sanità 668 del 14/09/94 – GU 03/12/94 n.283, Equipollenza D.M. Sanità 27/07/00 – GU 22/08/95 n.195)</p> <p>- Ottico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (R.D. 31/05/1928, n.1334 )</p>
Il Direttore Tecnico/Professionista Sanitario abilitato è presente negli orari dichiarati al pubblico (non richiesto per gli erogatori di soli prodotti monouso e di serie di cui all'elenco di pag. 23)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Attestazione pregressa esperienza lavorativa quinquennale maturata nel settore (solamente per il direttore tecnico) (non richiesto per gli erogatori di soli prodotti monouso e di serie di cui all'elenco di pagina 23)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Il nome ed il Titolo di Studio del Direttore Tecnico o Professionista Sanitario abilitato sono esposti al pubblico (non richiesto per gli erogatori di soli prodotti monouso e di serie di cui all'elenco di pagina 23)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Altra figura professionale sanitaria presente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Registrare il Nome e il titolo	
Altra figura professionale sanitaria presente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Registrare il Nome e il titolo	
Altra figura professionale sanitaria presente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Registrare il Nome e il titolo	
Altra figura professionale sanitaria presente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Registrare il Nome e il titolo	
Altra figura professionale sanitaria presente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Registrare il Nome e il titolo	

Organigramma aziendale esposto	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Registro formazione del personale (non richiesto per gli erogatori di soli prodotti monouso e di serie di cui all'elenco 2):  <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rendiconto annuale ECM</li> <li>➤ Il personale tecnico assolve all'obbligo della formazione continua in medicina (ECM) e assolve al debito formativo, pena l'applicazione di sanzioni di cui al D.Lgs. 229/1999 e s.m.i.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> non presente  Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Il Direttore Tecnico è in regola ECM? (non richiesto per gli erogatori di soli prodotti monouso e di serie di cui all'elenco 2)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Gli Operatori Sanitari sono in regola con i crediti ECM?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Assicurazione R.C. Terzi/R.C.O.	Polizza n°:                      Compagnia:
Assicurazione R.C. professionale del Direttore Tecnico (Decreto del 7 agosto 2012 , n. 137 art.5)	Polizza n°:                      Compagnia:
Assicurazione R.C. professionale operatore sanitario (Decreto del 7 agosto 2012 , n. 137 art.5)	Polizza n°:                      Compagnia:
Personale e personale tecnico/sanitario è adeguato alla tipologia e volume di prestazioni come previsto dalla normativa regionale e dichiarato nell'istanza	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Personale e personale tecnico/sanitario opera in nome e per conto dell'azienda con rapporto di lavoro esclusivo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Personale e personale tecnico/sanitario presente durante l'intero orario di apertura della sede operativa o se filiale per 4 ore per 3 volte a settimana coerentemente con gli orari esposti	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Per le rilevazioni a domicilio dell'utente o presso strutture ospedaliere, extraospedaliere e/o territoriali effettuate durante l'orario di apertura al pubblico è garantita la presenza di altra unità di tecnico abilitato? (non richiesto per gli erogatori di soli prodotti monouso)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

<b>REQUISITI MINIMI STRUTTURALI EROGATORI DI PRESTAZIONI ORTO-PROTESICHE</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	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
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.). (Se, per ragioni connesse a vincoli contenuti nei regolamenti edilizi locali, non sono possibili modifiche rispetto alla situazione esistente, le aziende istanti mantengono l'accreditamento in via provvisoria per un anno, al termine del quale debbono obbligatoriamente adeguarsi e/o ottenere deroga alla luce di opportuni correttivi proposti quale soluzione del problema osservato)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
E' presente un'area di aspetto con minimo 4 posti con seduta indipendente dotata di un numero di sedute adeguato ai picchi di presenza degli utenti e che consente il libero transito e l'attesa dell'assistito in carrozzina	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
E' presente un'area o locale dedicato alla presa in carico del paziente o spazio attrezzato per tale attività che sia comunque ben distinto e separato dall'area di aspetto e che garantisca la tutela della riservatezza degli assistiti.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
E' presente una sala di almeno 9 mq per il rilievo delle misure, per le prove e l'applicazione dei presidi medici, ben distinta da quella di aspetto se e' stata indicata anche una sola famiglia nell'elenco dispositivi su misura.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
E' presente una sala di almeno 9 mq per il rilievo delle misure, per le prove e l'applicazione dei presidi medici, ben distinta da quella di aspetto se e' stata indicata anche una sola famiglia nell'elenco ausili specialistici.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
E' presente un locale laboratorio in misura e spazi idonei a consentire la disposizione delle attrezzature, dei banchi lavoro e comunque: a. non inferiore a 30 mq se e' stata indicata anche una sola famiglia di uno degli elenchi dei dispositivi su misura o ausili specialistici; b. non inferiore a 60 mq se e' stata indicata anche una sola famiglia di entrambi gli elenchi dei dispositivi su misura e ausili specialistici. Per le filiali il locale laboratorio non è un requisito necessario in quanto non è presente la fase produttiva del dispositivo.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
E' presente l'area magazzino: in misura adeguata allo stoccaggio delle materie prime e componenti utili alla realizzazione dei dispositivi medici (minimo 20 mq per i soli dispositivi su misura, minimo 30 mq se trattasi dell'insieme di dispositivi di serie, predisposti e su misura). Per le filiali il magazzino, in deroga alle dimensioni minime sopra previste, può assumere una dimensione inferiore in quanto lo stoccaggio della merce è notevolmente inferiore.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
E' presente l'area spogliatoio proporzionato al numero degli operatori (minimo 3 mq).	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
E' presente uno spazio/locale dedicato alla conservazione della documentazione ed allo svolgimento delle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei presidi idoneo a garantire la tutela dei dati sensibili degli assistiti	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
I locali di cui ai punti 5, 6, 7, 8 e 9 sono dedicati esclusivamente al processo erogativo delle sole protesi ortopediche	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

<b>REQUISITI MINIMI STRUTTURALI EROGATORI PRESTAZIONI AUDIOPROTESICHE</b>	
In tutti i locali devono essere assicurate illuminazione e ventilazione adeguate in conformità a quanto indicato dal T.U. sulla salute e sicurezza sul lavoro D. Lgs.81/2008 (ad esclusione dei locali dedicati alle prove audioprotesiche nei quali per evidenti ragioni professionali sono necessari spazi dedicati alle prove in cui devono essere abbattuti rumori di fondo ed il riverbero dei suoni)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Le zone di accesso agli utenti disabili devono essere prive di barriere architettoniche oppure dotate di adeguati mezzi tecnologici per il superamento delle stesse (montascale, rampe, etc.). Se, per ragioni connesse a vincoli contenuti nei regolamenti edilizi locali, non sono possibili modifiche rispetto alla situazione esistente, le aziende istanti mantengono l'accreditamento in via provvisoria per un anno, al termine del quale debbono obbligatoriamente adeguarsi e/o ottenere deroga alla luce di opportuni correttivi proposti quale soluzione del problema osservato	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E' presente un area di aspetto con minimo 4 posti con seduta indipendente dotata di un numero di sedute adeguato ai picchi di presenza degli utenti altresì deve consentire il libero transito e l'attesa dell'assistito in carrozzina.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E' presente un locale (ben distinto e separato dall'area di aspetto) dedicato alla presa in carico del paziente, allo svolgimento delle prove, all'adattamento e alla consegna degli apparecchi acustici riservato esclusivamente al processo erogativo delle sole protesi acustiche.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E' presente una sala per le prove, l'adattamento e la consegna degli apparecchi acustici.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E' presente uno spazio/locale dedicato alla conservazione della documentazione ed allo svolgimento delle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei presidi idoneo a garantire la tutela dei dati sensibili degli assistiti	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

<b>REQUISITI MINIMI STRUTTURALI EROGATORI PRESTAZIONI OTTICHE-OPTOMETRISTE</b>	
In tutti i locali devono essere assicurate illuminazione e ventilazione adeguate in conformità a quanto indicato dal T.U. sulla salute e sicurezza sul lavoro D. Lgs.81/2008 (ad esclusione dei locali dedicati alle prove audioprotesiche nei quali per evidenti ragioni professionali sono necessari spazi dedicati alle prove in cui devono essere abbattuti rumori di fondo ed il riverbero dei suoni)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Le zone di accesso agli utenti disabili devono essere prive di barriere architettoniche oppure dotate di adeguati mezzi tecnologici per il superamento delle stesse (montascale, rampe, etc.). Se, per ragioni connesse a vincoli contenuti nei regolamenti edilizi locali, non sono possibili modifiche rispetto alla situazione esistente, le aziende istanti mantengono l'accreditamento in via provvisoria per un anno, al termine del quale debbono obbligatoriamente adeguarsi e/o ottenere deroga alla luce di opportuni correttivi proposti quale soluzione del problema osservato	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E' presente l'area di aspetto con minimo 4 posti con seduta indipendente dotata di un numero di sedute adeguato ai picchi di presenza degli utenti altresì deve consentire il libero transito e l'attesa dell'assistito in carrozzina.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E' presente un locale (ben distinto e separato dall'area di aspetto) dedicato alla presa in carico del paziente, allo svolgimento delle prove, all'adattamento e alla consegna degli apparecchi ottici, riservato esclusivamente al processo erogativo dei soli presidi ottici.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E' presente una sala per l'individuazione, le prove, l'adattamento e l'applicazione addestramento e assistenza (zona optometria, zona fornitura e zona tecnico-operativa).	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E' presente uno spazio dedicato alla conservazione della documentazione ed allo svolgimento delle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei presidi idoneo a garantire la tutela dei dati sensibili degli assistiti	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**REQUISITI MINIMI STRUTTURALI EROGATORI DI SOLI PRODOTTI MONOUSO E DI SERIE DI CUI  
ALL'ELENCO 2 DEL DM 332/99**

<p>Le zone di accesso agli utenti sono prive di barriere architettoniche oppure dotate di adeguati mezzi tecnologici per il superamento delle stesse (montascale, rampe, etc.). (Se, per ragioni connesse a vincoli contenuti nei regolamenti edilizi locali, non sono possibili modifiche rispetto alla situazione esistente, le aziende istanti mantengono l'accreditamento in via provvisoria per un anno, al termine del quale debbono obbligatoriamente adeguarsi e/o ottenere deroga alla luce di opportuni correttivi proposti quale soluzione del problema osservato).</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>Sono presenti le aree dedicate al contatto con i pazienti: a. Area di attesa opportunamente segnalata e distinta dall'area di erogazione; b. Area di erogazione dei presidi atta a consentire la tutela della privacy dell'assistito al momento della richiesta e dell'erogazione degli stessi.</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>E' presente uno spazio dedicato alla conservazione della documentazione ed allo svolgimento delle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei presidi idoneo a garantire la tutela dei dati sensibili degli assistiti.</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>E' presente il locale magazzino che è in misura adeguata allo stoccaggio delle materie prime e dei dispositivi medici</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

<b>REQUISITI TECNOLOGICI STRUTTURE DI EROGAZIONE DI DISPOSITIVI ORTOPEDICI</b>		
<b>SEDI OPERATIVE</b>		
ELENCO FAMIGLIE DI PRESIDI PER CUI È STATA RICHiesta L'AUTORIZZAZIONE ALL'EROGAZIONE	TUTTE LE FASI DI REALIZZAZIONE SONO SVOLTE DALLA DITTA	ELENCO ATTREZZATURE MINIME RICHIESTE PER PRODUZIONE ESTERNALIZZATA
		Dichiarazione sostitutiva da parte di altra ditta con indicazione del/dei macchinari, numero/i di serie e schede tecniche (indicare le fasi esternalizzate, la ditta esterna, i macchinari, n. serie, allegare scheda tecnica)
<b>Ortesi podaliche e rialzi</b> 06.12.03 Ortesi per piede, inclusi plantari e inserti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• podoscopio o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico</li> <li>• vacuum (impianto di decompressione per plantari) o apparecchio multifunzione</li> <li>• smerigliatrice a nastro</li> <li>• utensileria idonea</li> <li>• forno per termoformatura</li> <li>• pistola termica</li> <li>• trapano a mano</li> <li>• seghetto alternativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- podoscopio o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico</li> <li>- utensileria idonea</li> </ul> Ditta contrattualizzata: _____  Dichiarazione sostitutiva: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  Macchinari: _____ _____ _____
<b>Calzature ortopediche predisposte</b> 06.33.03 Calzature ortopediche di serie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• smerigliatrice da banco</li> <li>• utensileria adeguata ad eseguire interventi di modifica e adattamento calzature di serie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> </ul> Ditta contrattualizzata: _____  Dichiarazione sostitutiva: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  Macchinari: _____ _____ _____

<p><b>Calzature ortopediche su misura</b> 06.33.06 Calzature ortopediche su misura</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• banco di finissaggio</li> <li>• vacuum (impianto di decompressione)</li> <li>• macchina da cucire a torre o a braccio</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>- utensileria idonea</li> </ul> <p>Ditta contrattualizzata: _____</p> <p>Dichiarazione sostitutiva: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Macchinari: _____ _____ _____</p>
<p><b>Ortesi per arto inferiore</b> 06.12.06 Ortesi caviglia-piede 06.12.09 Ortesi ginocchio 06.12.12 Ortesi ginocchio-caviglia-piede 06.12.15 Ortesi anca 06.12.16 Ortesi anca-ginocchio 06.12.18 Ortesi anca-ginocchio- caviglia-piede</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• smerigliatrice a nastro</li> <li>• smerigliatrice a nastro</li> <li>• forno per termoformatura</li> <li>• tronchese/ trancia per ferro</li> <li>• macchina per cucire</li> <li>• macchina per cucire a torre o a braccio</li> <li>• trapano a colonna</li> <li>• impianto saldatura qualora attività non esternalizzata</li> <li>• utensileria idonea</li> <li>• vacuum (impianto di decompressione)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>- utensileria idonea</li> </ul> <p>Ditta contrattualizzata: _____</p> <p>Dichiarazione sostitutiva: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Macchinari: _____ _____ _____</p>
<p><b>Ortesi per arto superiore</b> 06.06.03 Ortesi per dita 06.06.06 Ortesi per mano 06.06.09 Ortesi per polso (avambraccio) 06.06.12 Ortesi per polso-mano 06.06.13 Ortesi per polso-mano-dita 06.06.15 Ortesi per gomito 06.06.18 Ortesi per gomito-polso 06.06.19 Ortesi per gomito-polso-mano 06.06.21 Ortesi per spalla 06.06.24 Ortesi per spalla-gomito 06.06.27 Ortesi per spalla-gomito-polso 06.06.30 Ortesi per spalla-gomito-polso-mano</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• smerigliatrice a nastro</li> <li>• vacuum (impianto di decompressione)</li> <li>• forno per termoformatura</li> <li>• macchina da cucire</li> <li>• macchina da cucire a torre o a braccio</li> <li>• trapano a colonna</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>- utensileria idonea</li> </ul> <p>Ditta contrattualizzata: _____</p> <p>Dichiarazione sostitutiva: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Macchinari: _____ _____ _____</p>

<p><b>Presidi addominali</b> 03 12 03 Cinghie erniarie 03 12 06 Ventriere e cinti erniari</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• macchina da cucire industriale cucitura lineare e zig-zag</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>- utensileria idonea</li> </ul> <p>Ditta contrattualizzata: _____</p> <p>Dichiarazione sostitutiva: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Macchinari: _____ _____ _____</p>
<p><b>Ortesi spinali</b> 06 03 03 Ortesi sacro-iliache 06 03 06 Ortesi lombosacrali 06 03 09 Ortesi toraco-lombo-sacrali 06 03 12 Ortesi cervicali 06 03 15 Ortesi cervico-toraciche 06 03 18 Ortesi cervico-toraco-lombo-sacrali</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• macchina da cucire</li> <li>• forno elettrico per termoformatura</li> <li>• seghetto oscillante</li> <li>• banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam</li> <li>• trapano a colonna</li> <li>• smerigliatrice a nastro</li> <li>• banco di finissaggio</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>- seghetto oscillante</li> <li>- utensileria idonea</li> </ul> <p>Ditta contrattualizzata: _____</p> <p>Dichiarazione sostitutiva: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Macchinari: _____ _____ _____</p>
<p><b>Protesi di arto superiore e inferiore</b> 06.18.03 Protesi parziali di mano e dita 06.18.06 Protesi di disarticolazione di polso 06.18.09 Protesi transradiali 06.18.12 Protesi per disarticolazioni del gomito 06.18.15 Protesi transomerale 06.18.18 Protesi per disarticolazione di spalla 06.18.21 Protesi per amputazione di spalla 06.24.03 Protesi parziali di piede e dita 06.24.06 Protesi di disarticolazione di caviglia 06.24.09 Protesi transtibiali 06.24.12 Protesi per disarticolazioni di ginocchio 06.24.15 Protesi trans femorali 06.24.18 Protesi per emipelvectomia 06.27 Protesi cosmetiche e non funzionali di arto inferiore</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• impianto di decompressione per laminazione</li> <li>• smerigliatrice a braccio inclinato</li> <li>• allineatore meccanico o laser</li> <li>• utensileria idonea</li> <li>• spianatrice</li> <li>• trapano a colonna</li> <li>• macchina per cucire</li> <li>• banco stilizzazione gesso o attrezzatura Cad Cam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>- utensileria idonea</li> </ul> <p>Ditta contrattualizzata: _____</p> <p>Dichiarazione sostitutiva: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Macchinari: _____ _____ _____</p>

<p><b>Sistemi di postura su misura</b></p> <p>18.09.39 Unità posturali</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure</li> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• macchina da cucire</li> <li>• forno elettrico per termoformatura</li> <li>• seghetto oscillante</li> <li>• banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam</li> <li>• trapano a colonna</li> <li>• utensileria idonea</li> <li>• smerigliatrice a nastro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure</li> <li>- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>- seghetto oscillante</li> <li>- utensileria idonea</li> </ul> <p>Ditta contrattualizzata: _____</p> <p>Dichiarazione sostitutiva: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Macchinari: _____ _____ _____</p>
<p><b>Ausili per la deambulazione e carrozzine</b></p> <p>03 Ausili per terapia e addestramento 03.48 Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio 03.78 Ausili per la rieducazione nelle attività quotidiane 09 Ausili per la cura e la protezione personale 12 Ausili per la mobilità personale 12.03 Ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio 12.06 Ausili per la deambulazione utilizzati con due braccia 12.18 Biciclette 12.21 Carrozzine 12.24 Accessori per carrozzine 12.27 Veicoli 12.36 Ausili per sollevamento 19.09 Ausili per la posizione seduta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<p>Ditta contrattualizzata: _____</p> <p>Dichiarazione sostitutiva: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Macchinari: _____ _____ _____</p>

<p align="center"><b>REQUISITI TECNOLOGICI STRUTTURE DI EROGAZIONE DI DISPOSITIVI ORTOPEDICI</b></p> <p align="center"><b>FILIALI</b></p>		
<p>ELENCO FAMIGLIE DI PRESIDI PER CUI È STATA RICHIESTA L'AUTORIZZAZIONE ALL'EROGAZIONE</p>	<p>TUTTE LE FASI DI REALIZZAZIONE SONO SVOLTE A CARICO DELLA SEDE OPERATIVA</p>	
<p><b>Ortesi podaliche e rialzi</b> 06.12.03 Ortesi per piede, inclusi plantari e inserti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• podoscopio o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> <li>• pistola termica</li> </ul>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

<p><b>Calzature ortopediche predisposte</b> 06.33.03 Calzature ortopediche di serie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Calzature ortopediche su misura</b> 06.33.06 Calzature ortopediche su misura</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Ortesi per arto inferiore</b> 06.12.06 Ortesi caviglia-piede 06.12.09 Ortesi ginocchio 06.12.12 Ortesi ginocchio-caviglia-piede 06.12.15 Ortesi anca 06.12.16 Ortesi anca-ginocchio 06.12.18 Ortesi anca-ginocchio- caviglia-piede</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al</li> <li>• rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Ortesi per arto superiore</b> 06.06.03 Ortesi per dita 06.06.06 Ortesi per mano 06.06.09 Ortesi per polso (avambraccio) 06.06.12 Ortesi per polso-mano 06.06.13 Ortesi per polso-mano-dita 06.06.15 Ortesi per gomito 06.06.18 Ortesi per gomito-polso 06.06.19 Ortesi per gomito-polso-mano 06.06.21 Ortesi per spalla 06.06.24 Ortesi per spalla-gomito 06.06.27 Ortesi per spalla-gomito-polso 06.06.30 Ortesi per spalla-gomito-polso-mano</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al</li> <li>• rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Presidi addominali</b> 03 12 03 Cinghie erniarie 03 12 06 Ventriera e cinti erniari</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Ortesi spinali</b> 06 03 03 Ortesi sacro-iliache 06 03 06 Ortesi lombosacrali 06 03 09 Ortesi toraco-lombo-sacrali 06 03 12 Ortesi cervicali 06 03 15 Ortesi cervico-toraciche 06 03 18 Ortesi cervico-toraco-lombo-sacrali</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al</li> <li>• rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Protesi di arto superiore e inferiore</b> 06.18.03 Protesi parziali di mano e dita 06.18.06 Protesi di disarticolazione di polso 06.18.09 Protesi transradiali 06.18.12 Protesi per disarticolazioni del gomito 06.18.15 Protesi transomerale 06.18.18 Protesi per disarticolazione di spalla 06.18.21 Protesi per amputazione di spalla 06.24.03 Protesi parziali di piede e dita 06.24.06 Protesi di disarticolazione di caviglia 06.24.09 Protesi transtibiali 06.24.12 Protesi per disarticolazioni di ginocchio 06.24.15 Protesi trans femorali 06.24.18 Protesi per emipelvectomia 06.27 Protesi cosmetiche e non funzionali di arto inferiore</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

<p><b>Sistemi di postura su misura</b></p> <p>18.09.39 Unità posturali</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure</li> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Ausili per la deambulazione e carrozzine</b></p> <p>03 Ausili per terapia e addestramento 03.48 Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio 03.78 Ausili per la rieducazione nelle attività quotidiane 09 Ausili per la cura e la protezione personale 12 Ausili per la mobilità personale 12.03 Ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio 12.06 Ausili per la deambulazione utilizzati con due braccia 12.18 Biciclette 12.21 Carrozzine 12.24 Accessori per carrozzine 12.27 Veicoli 12.36 Ausili per sollevamento 19.09 Ausili per la posizione seduta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• banchino di supporto ausili</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

<p align="center"><b>REQUISITI TECNOLOGICI PER AZIENDE AUDIOPROTESICHE SEDI OPERATIVE O FILIALI</b></p>		
<p><b>Elenco attrezzature per audioprotesi</b></p>	<p><b>Elenco attrezzature minime richieste per sedi e filiali</b></p>	
<p><b>Ausili per l'udito</b></p> <p>21.45 21.36.09.003 21.39.24.003 21.39.24.006 21.39.27.003 21.39.27.006 21.42.12.003</p> <p><b>Ausili per la comunicazione e l'informazione</b></p> <p>21.39</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema di audiometria tonale, vocale e campo libero</li> <li>• Orecchio elettronico per la misurazione e la valutazione degli apparecchi acustici</li> <li>• Sistema hardware e software di programmazione degli ausili per l'udito</li> <li>• Otoscopio per l'ispezione del condotto uditivo esterno</li> <li>• Kit per il rilievo dell'impronta del condotto uditivo esterno</li> <li>• Cabina silente e/o locale insonorizzato, sostituibile in alternativa da audiometro dotato di cuffie circumaurali per abbattimento del rumore esterno.</li> </ul>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

<b>REQUISITI TECNOLOGICI PER AZIENDE OTTICHE-OPTOMETRICHE</b>		
<b>Elenco attrezzature per dispositivi ottici</b>	<b>Elenco attrezzature minime richieste per sedi e filiali</b>	
<p><b>Ausili per la vista</b> 21.03.03 Lenti oftalmiche 21.03.09 Lenti a contatto 21.03.21/24 Cannocchiali da occhiali per visione lontana/vicina</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frontofocometro</li> <li>• Forottero o cassetta optometrica</li> <li>• Ottotipo luminoso o a proiezione</li> <li>• Retinoscopio</li> <li>• Schiascopio</li> <li>• Oftalmometro</li> <li>• Lampada a fessura</li> <li>• Mola</li> <li>• Ventiletta</li> <li>• Test lettura per ipovedenti</li> <li>• Set lenti a contatto per individuazione e prova</li> <li>• Set sistemi telescopici per individuazione e prova</li> <li>• Set lenti ingrandienti per individuazione e prova</li> <li>• Test lacrimali</li> <li>• Sterilizzatore per lenti a contatto</li> </ul>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>06.30.21 Protesi oculari</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Becchi Bunsen</li> <li>• Attrezzi per la lavorazione del vetro</li> <li>• Materiali per impronte e per la lavorazione delle resine</li> </ul>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

Letto, confermato e sottoscritto

Il Responsabile Assistenza Protesica ASL

L'operatore del Servizio di Igiene pubblica  
dei dipartimenti di prevenzione della A.S.L.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il Funzionario Amministrativo ASL

Il Rappresentante dell'azienda

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_