

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
VIBO VALENTIA**

**DISTRETTO SANITARIO UNICO**

**AVVISO PUBBLICO**

**PER IL RICONOSCIMENTO DI CONTRIBUTI ECONOMICI PER L'ACQUISTO DI  
AUSILI E PROTESI PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' SPORTIVE AMATORIALI  
DESTINATE A PERSONE CON DISABILITA' FISICHE**

E' indetto Avviso Pubblico, giusto DCA Regione Calabria n. 134 del 18.05.2023, di cui al D.M. 22.08.2022: "Erogazione di ausili ortesi e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisiche".

**1.- Soggetti beneficiari**

Possono beneficiare del contributo economico per l'acquisto di ausili e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali coloro i quali, al momento della presentazione della domanda:

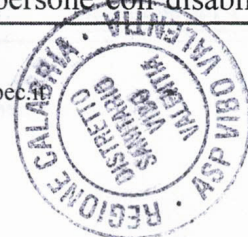
- a) Hanno un'età compresa tra i 10 e i 64 anni (compresi);
- b) Risiedono nel territorio della Regione Calabria;
- c) Amputati di arto e/o affetti da paraparesi o paraplegia o tetraparesi;
- d) Invalidi civili o in attesa di riconoscimento, se maggiorenni;
- e) Praticante, o in grado di praticare, attività motorie o sportive amatoriali individuali, come attestato da certificato di idoneità allo svolgimento di attività ludico motorie sportive, rilasciato da medico specialista in Medicina dello Sport dipendente dal SSN, utilizzando il Modulo di cui all'Allegato B, parte integrante del presente bando. La produzione del certificato è ad onere dell'istante.

Ogni istante può presentare domanda per il riconoscimento di contributi economici per l'acquisto di un solo dispositivo; in caso di amputazione bilaterale di arto, è possibile richiedere più componenti protesici nell'ambito della stessa fornitura.

**2.- Termine e modalità di presentazione della domanda**

La domanda di partecipazione deve essere inoltrata, a pena di esclusione, entro e non oltre il trentesimo giorno successivo alla pubblicazione del presente Avviso all'Albo Pretorio on-line di quest'Azienda, nella Sezione "Avvisi e Concorsi" e potranno essere presentate:

- a) A mezzo del Servizio Postale con racc. A/R, in busta chiusa riportante all'esterno la dicitura "Avviso Pubblico per il riconoscimento di contributi economici per l'acquisto di ausili e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisiche" da indirizzare a: "ASP di Vibo Valentia – Direttore Distretto Sanitario Unico, Moderata Durant – 89900 Vibo Valentia. Farà fede il timbro postale;
- b) A mezzo posta elettronica certificata (p.e.c.), avente ad oggetto: "Avviso Pubblico per il riconoscimento di contributi economici per l'acquisto di ausili e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisiche" da indirizzare a: [aspvibovalentia@pec.it](mailto:aspvibovalentia@pec.it), alla c.a. Direttore Distretto Sanitario Unico. Farà fede il giorno e l'ora di trasmissione;
- c) Mediante consegna a mano, agli Uffici Protocollo Generale dislocati sul Territorio dell'Asp, alla c.a. Direttore Distretto Sanitario Unico, in busta chiusa riportante all'esterno la dicitura "Avviso Pubblico per il riconoscimento di contributi economici per l'acquisto di ausili e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
VIBO VALENTIA**

---

**DISTRETTO SANITARIO UNICO**

fisiche” presso una delle Sedi aziendali abilitate alla ricezione del protocollo generale dell’Asp.

La domanda di partecipazione deve essere presentata utilizzando il **Modulo “A”**, allegato al presente Avviso.

La domanda di partecipazione deve essere corredata da:

- d) Copia del documento d’identità;
- e) Modello ISEE 2023;
- f) **Modulo “B”**, allegato al presente Avviso, di cui all’art. 1 lett. e)

**3.- Esame e valutazione delle domande**

Le domande pervenute nei tempi saranno oggetto di valutazione successivamente alla nomina di idonea Commissione.

La Commissione, istituita con delibera, verificherà la sussistenza dei requisiti di cui all’art. 1 del presente Avviso, sulla base delle autocertificazioni presentate dall’istante.

Il procedimento di valutazione delle domande si concluderà entro 30 giorni dal termine ultimo stabilito dal presente Avviso; il termine anzidetto si interrompe nel caso si renda necessario acquisire ulteriore documentazione utile per la valutazione della domanda medesima.

Gli esiti finali del procedimento saranno comunicati a ciascun istante.

**4.- Graduatoria**

All’esito della valutazione delle domande presentate, la Commissione stilerà la graduatoria **provvisoria**.

Al momento dell’**assegnazione** del budget a quest’Asp, da parte della Regione Calabria e, **solo** nel caso in cui le domande pervenute ed ammesse siano superiori al predetto budget, la graduatoria già stilata verrà modulata in base al Modello ISEE presentato; in caso di **parità** di ISEE 2023, sarà data priorità al beneficiario più giovane.

Gli istanti collocatisi in posizione utile nella graduatoria provvisoria saranno sottoposti a visita da parte di un **medico specialista competente per disabilità** iscritto nell’elenco dei Medici Specialisti prescrittori, i quali rilasceranno, ai soggetti ritenuti idonei, lo “schema per la prescrizione del dispositivo” di cui **all’Allegato “2”** del D.M. 22.08.2022.

Il contributo sarà assegnato sulla base della tipologia del dispositivo richiesto, secondo la Tabella di cui **all’Allegato “1”** del D.M. 22.08.2022.

**5.- Adempimenti**

Il contributo verrà erogato previa esibizione di:

- **Allegato “2”** del D.M. 22.08.2022 compilato in tutte le sue parti, ivi compresa la parte relativa alla fase del collaudo con esito positivo e la data di appuntamento del primo follow up;
- Fattura o ricevuta fiscale della spesa sostenuta (la data di emissione deve essere successiva alla prescrizione);

A pena di esclusione, la documentazione comprovante la spesa sostenuta deve essere presentata entro e non oltre il 31 maggio 2024.

**6.- Precisazioni**

---

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
VIBO VALENTIA**

**DISTRETTO SANITARIO UNICO**

Il contributo erogato è pari all'importo massimo corrispondente ad ogni codice di dispositivo medico oggetto del bando, per come elencati **nell'Allegato "1"** del D.M. 22.08.2022.

Il dispositivo medico acquistato con il contributo di che trattasi è di proprietà del beneficiario.

Il dispositivo medico non sarà oggetto di sostituzioni né di eventuali riparazioni.

Il dispositivo medico prescritto secondo l'**Allegato "1"** del D.M. 22.08.2022 non incide sui tempi minimi previsti per il rinnovo di ausili e protesi ordinarie diverse da quelle finalizzate allo svolgimento di attività sportive, eventualmente forniti con costi a carico del SSN/SSR.

**7.- Disposizioni finali**

L'Azienda Sanitaria è tenuta a rispettare le prescrizioni contenute nel presente avviso.

In caso di inosservanza ed inadempienza delle disposizioni, delle prescrizioni e di tutti gli obblighi prescritti nel presente Avviso, questa Azienda si riserva il diritto di dichiarare la decadenza dal beneficio.

Ai fini dell'ammissibilità, quest'Azienda identifica, a campione, le domande su cui effettuare i dovuti controlli relativamente ai requisiti autocertificati.

Quest'Azienda si riserva di richiedere eventuali informazioni utili al fine di valutare l'efficacia dell'intervento.

I soggetti beneficiari sono tenuti a rispondere nei termini e nei modi, di volta in volta, indicati dagli Uffici aziendali competenti.

**8.- Trattamento dei dati personali**

Quest'Azienda si attiene al Codice in materia di trattamento dei dati personali (D.Lgs. 196/2003 c.d. "Codice della Privacy" e Regolamento U.E. 2016/679).

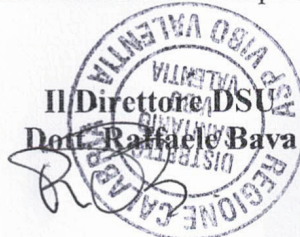
**9.- Pubblicazione, informazione e contatti**

Qualsiasi informazione relativa ai contenuti del bando e agli adempimenti connessi potrà essere richiesta all'Ufficio PUA (Punto Unico di Accesso) al seguente indirizzo e-mail: ufficio.pua@aspvv.it

Il Responsabile del Procedimento individuato dall'Azienda Sanitaria per tale procedura è il titolare dell'I.F. per le Attività Amministrative del DSU: Dott.ssa Beatrice Amore c/o Direzione Distrettuale Aziendale.

**10.- Accesso agli atti**

Il diritto di accesso agli atti è tutelato attraverso le modalità di cui al Regolamento Aziendale pubblicato sul sito web – Sezione "Amministrazione Trasparente", ai sensi della L. n. 241/90.

  
Il Direttore DSU  
Dott. Raffaele Bava



Allegato A

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

Il/la sottoscritto/a NOME ..... COGNOME .....  
NATO/A A ..... IL .....  
CODICE  
FISCALE .....  
RESIDENTE A ..... IN.....  
CAP .....

Riferimenti per il contatto:

- telefono (obbligatorio):           fisso/cellulare .....
- 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 ausili/protesi/aggiuntivi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica, in particolare per l'acquisto del seguente ausilio/protesi/aggiuntivo ..... a beneficio di:

sé stesso

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

NOME .....  
COGNOME .....  
NATO/A A ..... IL .....  
CODICE  
FISCALE .....  
RESIDENTE A ..... IN.....  
CAP .....

A tal fine dichiara che il beneficiario:



1. 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;
2. è in possesso di verbale di invalidità civile (solo se maggiorenne);
3. è in attesa del riconoscimento di invalidità civile (solo se maggiorenne).

A tal fine occorre allegare alla domanda la seguente documentazione relativa al beneficiario:

1. certificato di idoneità allo svolgimento di attività ludico motorie sportive rilasciato da medico specialista in medicina dello sport **dipendente del/convenzionato con SSN/libero professionista**;
2. modello ISEE 2023.

Dichiara, inoltre, che il beneficiario:

- richiede il contributo per la pratica della seguente disciplina sportiva:.....;
- non è affiliato ad alcuna società sportiva;
- non ha ottenuto, né richiederà altri contributi pubblici a sostegno delle spese effettuate per l'acquisto delle protesi/ausili/aggiuntivi oggetto del bando.

Dichiara di accettare le condizioni di erogazione del contributo relative a:

- criteri per la costruzione della graduatoria, come esplicitati nel bando;
- visita medica per la prescrizione del dispositivo presso **lo/gli specialista/i che sarà/saranno indicato/i**;
- procedure di erogazione successive alla prescrizione (da concludersi il 31 maggio 2024):
  - 1) contatto con fornitore autorizzato;
  - 2) eventuali procedure di autorizzazione nel caso di contributo per aggiuntivi per protesi d'arto;
  - 3) visita medica per collaudo presso lo stesso specialista prescrittore;
  - 4) integrazione della documentazione a corredo della domanda presso **\_\_\_\_\_** con la consegna della fattura o della ricevuta fiscale della spesa sostenuta, regolarmente quietanzate, a seguito di acquisto della protesi/ausilio/aggiuntivi oggetto del bando;
- partecipazione al follow up a 3 mesi e 6 mesi, come da appuntamenti definiti dallo specialista prescrittore.

Al fine della partecipazione all'erogazione del contributo:

- è consapevole che, qualora le integrazioni non saranno presentate entro i termini di cui bando, la domanda si intenderà respinta ed il contributo non sarà esigibile;

- dichiara che, qualora esso possa essere erogato, lo stesso potrà essere accreditato sul conto intestato a .....  
IBAN.....
- fornisce il consenso al trattamento dei dati ai sensi del Codice in materia di protezione 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."

FACSIMILE



Allegato B

**SCHEMA PER CERTIFICAZIONE MEDICO SPORTIVA**

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

AZIENDA SANITARIA DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

Si segnala che il paziente dichiara di:

- praticare già attività motorie o sportive amatoriali individuali (dettagliare la tipologia \_\_\_\_\_)
- non aver svolto, finora, alcun tipo di attività motoria o sportiva amatoriale individuale

Dettagliare la tipologia di attività motoria o sportiva amatoriale individuale che il paziente intende praticare .....

**Sulla base della visita da me effettuata certifico che il paziente risulta idoneo allo svolgimento di attività ludico motorie o sportive amatoriali individuali, con adeguato supporto tecnico-protetico.**

**Per soggetti amputati di arto inferiore, certifico che il paziente ha la capacità di praticare attività sportive ed altre attività ad elevato impatto muscolare e fisico (K4).**

NOTE



LUOGO e DATA

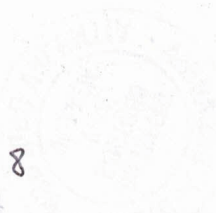
FIRMA e TIMBRO DEL MEDICO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

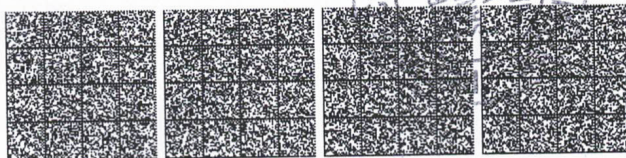
Allegato n. \_\_\_\_\_

**FIRMA**





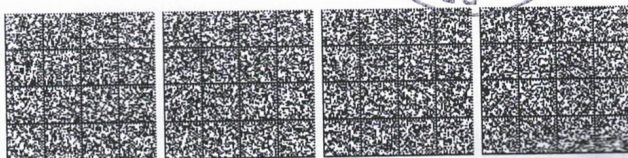
1) Protesi a tecnologia avanzata e con caratteristiche funzionali allo svolgimento di attività sportive amatoriali, destinate a persone con disabilità fisica.		
Per la prescrizione dei componenti protesici ed eventuali aggiuntivi necessari per l'attività sportiva si deve far riferimento ai codici contenuti 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	<p><b>PIEDE A RESTITUZIONE D'ENERGIA</b>            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 <b>incompatibile</b> 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)</p>	2.573,72 €
06.24.21.380	<p><b>GINOCCHIO POLIFUNZIONALE MONOCENTRICO A FRIZIONE CON CONTROLLO IDRAULICO DELLA FLESSO-ESTENSIONE:</b>            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 essere prevista la prescrizione del piede 06.24.21.266.            NB: Il codice di aggiuntivo 06.24.21.380 è <b>incompatibile</b> 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)</p>	1.498,52 €
b) protesi per arto superiore		
06.18.21.195	<p><b>MANO MIOELETRICA TRI-DIGITALE A CONTROLLO PROPORZIONALE senza guanto cosmetico:</b>            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 dalla radio-carpica alla interscapola toracica.            Fornita con <u>garanzia</u> di 24 mesi.            (Il valore si intende come la differenza rispetto alla dotazione di base)</p>	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	<b>CARROZZINA DA DANZA SPORTIVA:</b> 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	<b>CARROZZINA DA TENNIS:</b> 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	<b>CARROZZINA SPORTIVA PER TIRO A SEGNO:</b> 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	<b>CARROZZINA DA SCHERMA:</b> 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	<b>MONOSCI:</b> 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	<b>SLITTINO:</b> 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	<b>HANDBIKE:</b> 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	<b>RACE WHEELCHAIR (CARROZZINA PER ATLETICA LEGGERA):</b> 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 €



## Logo Regione – Azienda sanitaria

## 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:

---

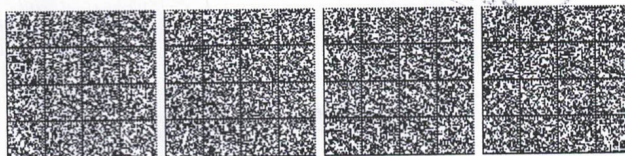
Diagnosi funzionale (specifiche menomazioni/disabilità):

---

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

## Prescrizione

- 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

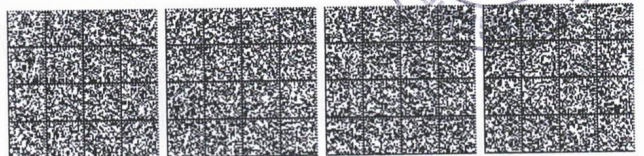
**COLLAUDO:**

In data \_\_\_\_\_ ho verificato la congruità del dispositivo prescritto relativamente alla sperimentazione del DM xxxXXX

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

DATA

FIRMA e timbro del medico



**SCHEMA PER L'EFFETTUAZIONE PER LA VISITA DI FOLLOW UP**

- A 3 mesi
- A 6 mesi

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

AZIENDA SANITARIA DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

AUSILIO/PROTESI/AGGIUNTIVO ACQUISTATO IL \_\_\_\_\_

1. Il dispositivo fornito viene utilizzato:

- più di 3 volte alla settimana
- 1 o 2 volte alla settimana
- meno di 2 volte al mese
- non viene utilizzato (andare direttamente alla domanda 3)

2. Se viene utilizzato, necessità di supporto da parte di terzi?

- Sì
- No

3. Se non viene utilizzato, specificare la motivazione:

- dispositivo mai utilizzato
- interruzione dell'utilizzo perché non adeguato



- interruzione dell'utilizzo per rottura
- interruzione dell'utilizzo per furto/smarrimento
- interruzione dell'utilizzo per perdita di interesse
- interruzione dell'utilizzo per aggravamento delle condizioni cliniche
- altro \_\_\_\_\_

- La prossima visita di follow up è programmata per il \_\_\_\_\_
- Non è prevista una nuova visita di follow up

RIFERIMENTI DEL MEDICO COMPILATORE

NOME..... COGNOME.....

RECAPITO MAIL.....@..... TELEFONO.....

DATA

.....

FIRMA e TIMBRO

.....

Far pervenire copia del presente referto a \_\_\_\_\_

