



REGIONE DEL VENETO

AZIENDA ULSS n.

MODELLO VERBALE DI ISPEZIONE PRESSO L'UNITA' LOCALE

- ORTO-PROTESICA OTTICO-OPTOMETRISTA AUDIO-PROTESICA

In data _____ alle ore _____ la commissione ispettiva prevista dalla delibera regionale n. _____ e nominata con provvedimento aziendale n. _____ del. _____ costituita da:

- Dott./Dott.ssa _____ Direttore (o suo delegato) del Dipartimento della prevenzione dell'Azienda ULSS n. **presidente**
- Dott./Dott.ssa _____ afferente al Dipartimento Accreditamento /Qualità (qualifica di.....) **componente**
- Dott./Dott.ssa _____ afferente a..... (qualifica di.....) **componente**
- Dott./Dott.ssa _____ rappresentante dell'Associazione del settore (di competenza dell'erogatore destinatario dell'ispezione) con qualifica di _____
- Dott./Dott.ssa/Sig./Sig.ra _____ funzionario dell'Azienda U.L.S.S. n. _____ con funzioni di segretario verbalizzante,

procede all'ispezione:

- per richiesta di autorizzazione alla nuova fornitura di protesi ortesi e ausili tecnici a carico del SSN e all'inserimento nell'elenco regionale degli erogatori, acquisita al protocollo aziendale n. _____ del _____
- per richiesta di autorizzazione al mantenimento fornitura di protesi, ortesi e ausili tecnici a carico del SSN e all'inserimento nell'elenco regionale degli erogatori, acquisita al protocollo aziendale n. _____ del _____
- per visita ordinaria

presso

- sede operativa _____ (indicare la denominazione) _____



filiale _____ (indicare la denominazione) _____

ubicata via/piazza _____ n. _____ Comune di _____
Prov. _____

alla presenza del Dott./Sig. _____ in qualità di _____
_____(Titolare/Legale Rappresentante o delegato)*

ed eventualmente anche

alla presenza del Dott./Sig. _____ in qualità di _____
_____(Direttore tecnico – aziende ortopediche/Responsabile tecnico-aziende ortopediche ed ottico-optometriche)

e del Dott./Sig. _____ in qualità di _____
_____(altro).

La commissione sulla base delle seguenti 4 pertinenti schede _____
_____ (parti integranti del presente verbale) , ha accertato quanto segue.

*se presente il delegato esibire l'atto di delega

GIUDIZIO SINTETICO DEL RISULTATO DELL'ISPEZIONE

(eventuali rilievi, osservazioni e diffide)



PRESCRIZIONI DI ADEGUAMENTO:

NO SI**:

le seguenti:

**se si specificare la data entro cui effettuare gli adeguamenti (comunque non oltre 12 mesi dalla data ispezione)

DICHIARAZIONI A VERBALE:

Il Titolare/Legale Rappresentante/ delegato _____

fa presente che

Si dà atto che le operazioni di controllo sono ultimate alle ore _____ del _____
e che copia del verbale è consegnata seduta stante al Titolare/ Legale rappresentante /delegato

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

I componenti della Commissione
(qualifica)

(firma)



Titolare/legale rappresentante o delegato

Il segretario verbalizzante



Scheda 1. REQUISITI DOCUMENTALI

| | |
|--|---|
| 1.0 – E’ presente la planimetria completa dell’unità locale, con indicate le destinazioni d’uso dei locali | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 1.1 - E’ presente l’Autorizzazione commerciale comunale ovvero è stata presentata la DIAP/SCIA (riportare gli estremi) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 1.2 - E’ presente il Documento Programmatico sulla sicurezza dei dati personali (DPS) * *GDPR 2018 Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali e s.m.i | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 1.3 – E’ presente il documento di valutazione del rischio (DVR) (DL n. 81 del 2008) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 1.4 - E’ presente la documentazione per la gestione della tracciabilità del prodotto e del processo recante le informazioni richieste (Solo per le sedi operative) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 1.5 – E’ presente una certificazione di procedura operativa standardizzata a garanzia dell’affidabilità e qualità dei processi aziendali: UNI EN ISO 9001:2015 – Sistema di gestione per la qualità –Requisiti UNI CEI EN ISO 13485:2016 – Dispositivi medici- sistemi di gestione per la qualità-requisiti per scopi regolamentari Altra certificazione (indicare quale)_____ | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 1.6 - E’ stata stipulata una polizza di assicurazione R.C. Prodotto Non obbligatorio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 1.7 - E’ stata stipulata una polizza di assicurazione R.C. Terzi /R.C.O. o altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera (Legge n. 24 del 8.3.2017) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 1.8 - E’ stata stipulata un’Assicurazione R.C. professionale del Direttore Tecnico (per le aziende ortopediche) o del Responsabile Tecnico (per le aziende ottico-optometriche ed audioprotesiche) (DPR 7 agosto 2012, n.137 art.5) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 1.9 - E’ stata stipulata un’Assicurazione R.C. professionale operatore sanitario (DPR 7 agosto 2012, n.137 art.5) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Scheda 2. REQUISITI ORGANIZZATIVI E FUNZIONALI: PERSONALE

N. Dipendenti: _____

| | |
|--|--|
| Direttore Tecnico (aziende ortopediche)/Responsabile Tecnico (aziende ottico-optometriche e audioprotesiche) | Cognome _____ Nome _____ CF _____ Profilo Professionale _____ |
| Altri tecnici | Cognome _____ Nome _____ CF _____ Cognome _____ Nome _____ CF _____ |
| Profilo professionale dei tecnici | <input type="checkbox"/> Tecnico Ortopedico <input type="checkbox"/> Tecnico Ottico Optometrista |



| | |
|---|---|
| | <input type="checkbox"/> Tecnico Audioprotesista |
| Tipologia del rapporto di lavoro del tecnico/tecnici | <input type="checkbox"/> titolarità <input type="checkbox"/> dipendenza <input type="checkbox"/> attività libero professionale <input type="checkbox"/> altro: specificare _____ |
| I giorni e orari di presenza del personale tecnico presso la sede operativa/filiale sono esposti e ben visibili dall'esterno? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| L'organigramma aziendale con le funzioni svolte e la relativa qualifica professionale è esposto e ben visibile? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Il personale presente in azienda espone un cartellino identificativo con la propria qualifica? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Scheda 3a. REQUISITI MINIMI STRUTTURALI SPECIFICI PER GLI EROGATORI DI PRESTAZIONI ORTO-PROTESICHE

| | |
|---|---|
| 3a.1 - 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 | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3a.2 - 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.) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3a.3 - I locali dedicati al rilievo delle misure, alle prove e all'applicazione dei dispositivi da erogare e il locale laboratorio sono dedicati esclusivamente al processo erogativo di soli dispositivi <u>ortoprotesici</u> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3a.4 - È presente un servizio igienico, <u>dedicato agli operatori</u> , comunicante con un antibagno dotato di lavabo | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: a) porta di accesso apribile verso l'esterno | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ¹ in quanto l'antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3a.5 - È presente un servizio igienico <u>dedicato agli utenti</u> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Questo servizio igienico è <u>dedicato esclusivamente agli utenti</u> ed è comunicante con un antibagno dotato di lavabo | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: a) porta di accesso apribile verso l'esterno | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ² in quanto l'antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - Allegato A | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Questo <u>servizio igienico dedicato agli utenti coincide con quello dedicato agli operatori</u> ed è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - Allegato A. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3a.6 - È presente un locale <u>spogliatoio</u> per gli addetti Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

¹ In caso di ventilazione artificiale questa deve assicurare almeno 5 ricambi/ora se continua e 10 ricambi/ora se temporizzata, con durata tale da garantire un completo ricambio ad ogni utilizzo



| | |
|--|--|
| a) superficie in pianta non inferiore a mq 1,5 per addetto; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) assicura l'illuminazione naturale diretta nel rapporto di 1/10 della superficie di calpestio; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) è provvisto di: - ventilazione meccanica che assicura un ricambio orario di almeno 5 volumi d'aria all'ora. (DGR N.1887/97) - aerazione naturale diretta nel rapporto di 1/20 della superficie di calpestio. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3a.7 - Il locale di vendita aperto al pubblico è dotato di: | |
| a) un' area di attesa opportunamente attrezzata con un numero congruo di sedie amovibili al fine di ospitare gli utenti in attesa dell'erogazione dell'ausilio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| a) un'area di consegna dei dispositivi atta a consentire la tutela della privacy dell'assistito al momento della richiesta e dell'erogazione degli stessi | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3a.8 - È presente un locale ad uso ufficio, o un'area all'interno dei locali commerciali, dedicato alle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei dispositivi e la conservazione della documentazione a garanzia della tutela dei dati sensibili degli assistiti. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3a.9 - È presente un locale laboratorio, distinto e separato dagli altri ² | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3a.10 - Il locale laboratorio presenta spazi idonei a consentire la disposizione delle attrezzature, dei macchinari e dei banchi di lavoro oltre che il loro uso in sicurezza da parte del personale. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: | |
| a) collocazione fuori terra; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b.1) dimensione minima non inferiore a 30m ² o a 40m ² (30m ² + 10m ²) (in caso di produzione di calzature e plantari) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b.2) dimensione minima non inferiore a 60m ² (in caso di produzione di calzature, plantari, tutori di arto inferiore e superiore, busti per scoliosi, sistemi posturali e protesica) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) altezza interna non inferiore a 3 metri lineari; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| d) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| e) illuminazione naturale diretta 1/10 della superficie di calpestio di cui il 50% della superficie illuminante apribile | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3a.11 - Il locale laboratorio è provvisto di: | |
| a) un'area di supporto dedicata alla funzione di magazzino in cui vengono depositate e stoccate le materie prime, la componentistica ed i prodotti finiti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) un locale attiguo (distinto dal laboratorio) con funzione di magazzino | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| che presenta le seguenti caratteristiche: | |
| a) dimensione non inferiore a 10m ² (in aggiunta ai 30 m ² del laboratorio); | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) altezza interna non inferiore a 2,40 metri lineari; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| d) illuminazione e ventilazione naturale diretta 1/30 della superficie di calpestio (requisito richiesto solo se il magazzino è situato in un locale distinto dal laboratorio) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3a.12 - Area magazzino (solo per le filiali) È presente un locale o area adeguati destinati allo stoccaggio della merce | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

² Il campo deve essere lasciato vuoto nel caso si tratti di filiale in quanto il laboratorio non è previsto.



| | |
|---|---|
| 3a.13 - È presente un locale “prova utenti” nel quale vengono effettuati i rilievi delle misure, le prove e l’applicazione dei dispositivi agli assistiti. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Esso presenta le seguenti caratteristiche: | |
| a) dimensione non inferiore a 9m ² ; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) altezza interna non inferiore a 2,70 metri lineari; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) è provvisto di: | |
| - illuminazione e ventilazione naturale diretta 1/10 ed 1/20 della superficie di calpestio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - illuminazione e ventilazione artificiale | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Scheda 3b - REQUISITI MINIMI STRUTTURALI PER GLI EROGATORI DI PRESTAZIONI OTTICO-OPTOMETRICHE

| | |
|--|---|
| 3b.1 - 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, fatta eccezione per i locali dedicati alle prove audioprotesiche nei quali sono necessari spazi dedicati in cui devono essere abbattuti i rumori di fondo e il riverbero dei suoni. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3b.2 - 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.). | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3b.3 - I locali dedicati al rilievo delle misure, alle prove e all'applicazione dei dispositivi da erogare e il locale laboratorio sono dedicati esclusivamente al processo erogativo di soli dispositivi ottici. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3b.4 - È presente un servizio igienico, <u>dedicato agli operatori</u> , comunicante con un antibagno dotato di lavabo. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: | |
| a) porta di accesso apribile verso l'esterno; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ³ in quanto l'antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3b.5 - È presente un servizio igienico <u>dedicato agli utenti</u> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Questo servizio igienico è <u>dedicato esclusivamente agli utenti</u> ed è comunicante con un antibagno dotato di lavabo. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: | |
| a) porta di accesso apribile verso l'esterno; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ⁴ in quanto l'antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - Allegato A | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Questo <u>servizio igienico dedicato agli utenti</u> coincide con quello <u>dedicato agli operatori</u> ed è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

³In caso di ventilazione artificiale questa deve assicurare almeno 5 ricambi/ora se continua e 10 ricambi/ora se temporizzata, con durata tale da garantire un completo ricambio ad ogni utilizzo

⁴In caso di ventilazione artificiale questa deve assicurare almeno 5 ricambi/ora se continua e 10 ricambi/ora se temporizzata, con durata tale da garantire un completo ricambio ad ogni utilizzo



| | |
|--|--|
| 1428 del 06.09.2011 - Allegato A | |
| 3b.6 - È presente un locale <u>spogliatoio</u> per gli addetti o in alternativa - E' presente un'area adibita a cambio d'abito provvista di armadietti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Se presente il locale spogliatoio (obbligatorio solo laddove l'organizzazione interna all'azienda prevede che i lavoratori indossino indumenti di lavoro specifici - D. Lgs. 81/2008) lo stesso è dotato delle seguenti caratteristiche: a) superficie in pianta non inferiore a mq 1,5 per addetto; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) assicura l'illuminazione naturale diretta nel rapporto di 1/10 della superficie di calpestio; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) è provvisto di: - ventilazione meccanica che assicura un ricambio orario di almeno 5 volumi d'aria all'ora (DGR N.1887/97) - aerazione naturale diretta nel rapporto di 1/20 della superficie di calpestio. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3b.7 - Il locale di vendita aperto al pubblico è dotato di: | |
| a) un' area di attesa opportunamente attrezzata con un numero congruo di sedie amovibili al fine di ospitare gli utenti in attesa dell'erogazione dell'ausilio. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) un'area di consegna dei dispositivi atta a consentire la tutela della privacy dell'assistito al momento della richiesta e dell'erogazione degli stessi. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3b.8 - È presente un locale ad uso ufficio, o un'area all'interno dei locali commerciali, dedicato alle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei dispositivi e la conservazione della documentazione a garanzia della tutela dei dati sensibili degli assistiti. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3b.9 - È presente un locale laboratorio, distinto e separato dagli altri ⁵ | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3b.10 - Il locale laboratorio presenta spazi idonei a consentire la disposizione delle attrezzature, dei macchinari e dei banchi di lavoro oltre che il loro uso in sicurezza da parte del personale. Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: | |
| a) collocazione fuori terra; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) dimensione non inferiore a 12m ² o a 18m ² (12m ² + 6m ²) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) altezza interna non inferiore a 3 metri lineari; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| d) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| e) illuminazione naturale diretta 1/10 della superficie di calpestio di cui il 50% della superficie illuminante apribile | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3b.11 - Il locale laboratorio è essere provvisto di (requisito non obbligatorio): a) <u>un'area di supporto dedicata alla funzione di magazzino</u> in cui vengono depositate e stoccate le materie prime, la componentistica ed i prodotti finiti b) un <u>locale attiguo</u> (distinto dal laboratorio) con <u>funzione di magazzino</u> che presenta le seguenti caratteristiche: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| a) dimensione non inferiore a 6m ² (in aggiunta ai 12 m ² del laboratorio); | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) altezza interna non inferiore a 2,40 metri lineari; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

⁵ Il campo deve essere lasciato vuoto nel caso si tratti di filiale in quanto il laboratorio non è previsto



| | |
|--|---|
| d) illuminazione e ventilazione naturale diretta 1/30 della superficie di calpestio (requisito richiesto solo se il magazzino è situato in un locale distinto dal laboratorio) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3b.12 - Area magazzino (solo per le filiali requisito non obbligatorio): È presente un locale o area adeguati destinati allo stoccaggio della merce | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3b.13 - È presente un locale “prova utenti” nel quale vengono svolte le prove e l’adattamento dei soli dispositivi ottici agli assistiti, nonché dove viene effettuato l’addestramento. Esso presenta le seguenti caratteristiche: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| a) dimensione non inferiore a 9m ² ; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) altezza interna non inferiore a 2,70 metri lineari; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) è provvisto di: | |
| – illuminazione e ventilazione naturale diretta 1/10 ed 1/20 della superficie di calpestio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| – illuminazione e ventilazione artificiale | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Scheda 3c - REQUISITI MINIMI STRUTTURALI PER GLI EROGATORI DI PRESTAZIONI AUDIOPROTESICHE

| | |
|--|---|
| 3c.1 - 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, fatta eccezione per i locali dedicati alle prove audioprotesiche nei quali sono necessari spazi dedicati in cui devono essere abbattuti i rumori di fondo e il riverbero dei suoni. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3c.2 - 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.). | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3c.3 - I locali dedicati al rilievo delle misure, alle prove e all'applicazione dei dispositivi da erogare sono dedicati esclusivamente al processo erogativo di soli dispositivi <u>audioprotesici</u> . | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3c.4 - È presente un servizio igienico, <u>dedicato agli operatori</u> , comunicante con un antibagno dotato di lavabo. Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| a) porta di accesso apribile verso l'esterno; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ⁶ in quanto l'antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3c.5 - È presente un servizio igienico <u>dedicato agli utenti</u> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Questo servizio igienico è <u>dedicato esclusivamente agli utenti</u> ed è comunicante con un antibagno dotato di lavabo. Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| a) porta di accesso apribile verso l'esterno; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ⁷ in quanto l'antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - Allegato A | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

⁶ In caso di ventilazione artificiale questa deve assicurare almeno 5 ricambi/ora se continua e 10 ricambi/ora se temporizzata, con durata tale da garantire un completo ricambio ad ogni utilizzo

⁷ In caso di ventilazione artificiale questa deve assicurare almeno 5 ricambi/ora se continua e 10 ricambi/ora se temporizzata, con durata tale da garantire un completo ricambio ad ogni utilizzo



| | |
|--|--|
| - Questo servizio igienico dedicato agli utenti coincide con quello dedicato agli operatori ed è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - Allegato A. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3c.6 È presente un locale spogliatoio per gli addetti o in alternativa - E' presente un'area adibita a cambio d'abito provvista di armadietti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - Se presente un locale spogliatoio (obbligatorio solo laddove l'organizzazione interna all'azienda prevede che i lavoratori indossino indumenti di lavoro specifici - D. Lgs. 81/2008). Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| a) superficie in pianta non inferiore a mq 1,5 per addetto; | |
| b) assicura l'illuminazione naturale diretta nel rapporto di 1/10 della superficie di calpestio; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) è provvisto di: | |
| - ventilazione meccanica che assicura un ricambio orario di almeno 5 volumi d'aria all'ora. (DGR N.1887/97) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - aerazione naturale diretta nel rapporto di 1/20 della superficie di calpestio. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3c.7 - Il locale di vendita aperto al pubblico è dotato di: | |
| a) un' area di attesa opportunamente attrezzata con un numero congruo di sedie amovibili al fine di ospitare gli utenti in attesa dell'erogazione dell'ausilio. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) un'area di consegna dei dispositivi atta a consentire la tutela della privacy dell'assistito al momento della richiesta e dell'erogazione degli stessi. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3c.8 - È presente un locale ad uso ufficio, o un'area all'interno dei locali commerciali, dedicato alle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei dispositivi e la conservazione della documentazione a garanzia della tutela dei dati sensibili degli assistiti. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3c.9 - È presente un'area di supporto (o un locale separato) dedicata alla funzione di magazzino in cui vengono depositate e stoccate, la componentistica ed i prodotti finiti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3c.10 - È presente un locale "prova utenti" nel quale vengono svolte le prove e l'adattamento dei soli dispositivi audioprotesici agli assistiti. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| - In tale locale sono presenti spazi dedicati in cui vengono abbattuti i rumori di fondo e il riverbero dei suoni; in alternativa è presente un audiometro dotato di cuffie circumaurali per l'abbattimento del rumore esterno. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |



Scheda 4 – REQUISITI SPECIFICI: ATTREZZATURE**Scheda 4 a - ELENCO ATTREZZATURE AZIENDE ORTOPEDICHE**

- **MODULO 1:** da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda **prima dell'entrata in vigore del nuovo elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017**

| Descrizione ausili – codici elenchi DM 332/1999 | Indicare le attrezzature presenti nella Sede Operativa | | Indicare le attrezzature presenti nella Filiale | |
|--|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Ortesi podaliche e rialzi | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.12.03 Ortesi per piede, inclusi plantari e inserti | - sistema di rilevazione computerizzata o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - sistema di rilevazione computerizzata o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> |
| | - vacuum (impianto di decompressione per plantari) e/o sistema cad cam e/o sistema a levitazione | <input type="checkbox"/> | - pistola termica | <input type="checkbox"/> |
| | - Fresatrice da banco o macchina multifunzionale | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| | - Forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura | <input type="checkbox"/> | | |
| | - pistola termica | <input type="checkbox"/> | | |
| | - trapano a mano | <input type="checkbox"/> | | |
| | - seghetto alternativo | <input type="checkbox"/> | | |
| - sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato) | <input type="checkbox"/> | | | |
| Calzature ortopediche predisposte | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.33.03 Calzature ortopediche di serie | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| | - fresatrice da banco o macchina multifunzionale | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| | - utensileria adeguata al dispositivo predisposto che si intende erogare | <input type="checkbox"/> | | |
| | - sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato) | <input type="checkbox"/> | | |
| Calzature ortopediche su misura | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.33.06 Calzature ortopediche su misura | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> |



| | | | | |
|--|---|--------------------------|---|--------------------------|
| | | | | |
| | - fresatrice da banco | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| | - banco di finissaggio | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | - vacuum (impianto di decompressione) | <input type="checkbox"/> | | |
| | - macchina a torre o a braccio | <input type="checkbox"/> | | |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| | - sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato) | | | |
| Ortesi per arto inferiore | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.12.06 Ortesi caviglia-piede | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.12.09 Ortesi ginocchio | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.12.12 Ortesi ginocchio-caviglia-piede | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.12.15 Ortesi anca | - fresa a braccio inclinato | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.12.16 Ortesi anca-ginocchio | - vacuum (impianto di decompressione) | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.12.18 Ortesi anca-ginocchio-caviglia-piede | - fresatrice | <input type="checkbox"/> | | |
| | - smerigliatrice o macchinario multifunzione | <input type="checkbox"/> | | |
| | - forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura | <input type="checkbox"/> | | |
| | - tronchese per ferro | <input type="checkbox"/> | | |
| | - macchina per cucire | <input type="checkbox"/> | | |
| | - macchina per cucire a torre o a braccio | <input type="checkbox"/> | | |
| | - trapano a colonna | <input type="checkbox"/> | | |
| | - impianto saldatura | <input type="checkbox"/> | | |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| | - sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato) | <input type="checkbox"/> | | |
| Ortesi per arto superiore | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.03 Ortesi per dita | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.06.06 Ortesi per mano | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.09 Ortesi per polso | - fresa a braccio inclinato | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |



| | | | | |
|---|--|--------------------------|---|--------------------------|
| (avambraccio) | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.12 Ortesi per polso-mano | - vacuum (impianto di decompressione) | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.13 Ortesi per polso-mano-dita | - forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.15 Ortesi per gomito | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.18 Ortesi per gomito-polso | - macchina da cucire | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.19 Ortesi per gomito-polso-mano | - macchina da cucire a torre o a braccio | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.21 Ortesi per spalla | - trapano a colonna | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.24 Ortesi per spalla-gomito | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.27 Ortesi per spalla-gomito-polso | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.30 Ortesi per spalla-gomito-polso-mano | | | | |
| Presidi addominali | | | | |
| <input type="checkbox"/> 03.12.03 Cinghie erniarie | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 03.12.06 Ventriere e cinti erniari | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> |
| | - macchina da cucire | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| Ortesi spinali | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.03.03 Ortesi sacro-iliache | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.03.06 Ortesi lombosacrali | - macchina da cucire | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.03.09 Ortesi toraco-lombo-sacrali | - forno elettrico a piastra o ad infrarossi per termoformatura | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.03.12 Ortesi cervicali | - seghetto oscillante | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.03.15 Ortesi cervico-toraciche | - banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.03.18 Ortesi cervico-toraco-lombo-sacrali | - trapano a colonna | <input type="checkbox"/> | | |
| | - smerigliatrice a nastro | <input type="checkbox"/> | | |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |



| | | | | |
|--|--|--------------------------|---|--------------------------|
| | - fresatrice braccio inclinato | <input type="checkbox"/> | | |
| | - banco di finissaggio | <input type="checkbox"/> | | |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| | - sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato) | <input type="checkbox"/> | | |
| Protesi di arto superiore e inferiore | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.18.03 Protesi parziali di mano e dita | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.18.06 Protesi di disarticolazione di polso | - impianto di decompressione per laminazione | | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.18.09 Protesi trans radiali | - fresa a braccio inclinato | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.18.12 Protesi per disarticolazioni del gomito | - allineatore meccanico o laser | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.18.15 Protesi trans omerali | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.18.18 Protesi per disarticolazione di spalla | - trapano a colonna | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.18.21 Protesi per amputazione di spalla | - macchina per cucire | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.24.03 Protesi parziali di piede e dita | - banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.24.06 Protesi di disarticolazione di caviglia | - smerigliatrice | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.24.09 Protesi trans tibiali | - banco stilizzazione gesso e attrezzatura cad cam | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.24.12 Protesi disarticolazioni di ginocchio | - sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato) | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.24.15 Protesi trans femorali | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.24.18 Protesi per emipelvectomia | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.27 Protesi cosmetiche e non funzionali di arto inferiore | - banco per la colorazione della cosmesi in silicone | <input type="checkbox"/> | | |
| | - sistema per la rilevazione (scanner) della colorazione del segmento controlaterale | <input type="checkbox"/> | | |
| | - sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato) | <input type="checkbox"/> | | |



| Sistemi di postura su misura | | | | |
|---|---|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 18.09.39 Unità posturali | - sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure | <input type="checkbox"/> | - sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure | <input type="checkbox"/> |
| | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| | - macchina da cucire | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| | - forno elettrico per termoformatura | <input type="checkbox"/> | | |
| | - seghetto oscillante | <input type="checkbox"/> | | |
| | - banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam | <input type="checkbox"/> | | |
| | - trapano a colonna | <input type="checkbox"/> | | |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| | - fresatrice braccio inclinato | <input type="checkbox"/> | | |
| | - smerigliatrice a nastro | <input type="checkbox"/> | | |
| | - sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato) | <input type="checkbox"/> | | |
| Ausili per la deambulazione e carrozzine | | | | |
| <input type="checkbox"/> 03 Ausili per terapia e addestramento <input type="checkbox"/> 03.48 Ausili per rieducazione di movimento, forza, | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |



| | | | | |
|--|---|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> equilibrio <input type="checkbox"/> 03.78 Ausili per la rieducazione nelle attività quotidiane <input type="checkbox"/> 09 Ausili per la cura e la protezione personale <input type="checkbox"/> 12 Ausili per la mobilità personale <input type="checkbox"/> 12.03 Ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio <input type="checkbox"/> 12.06 Ausili per la deambulazione utilizzati con due braccia <input type="checkbox"/> 12.18 Biciclette <input type="checkbox"/> 12.21 Carrozine <input type="checkbox"/> 12.24 Accessori per carrozzine <input type="checkbox"/> 12.27 Veicoli <input type="checkbox"/> 12.36 Ausili per sollevamento <input type="checkbox"/> 19.09 Ausili per la posizione seduta | <input type="checkbox"/> banchino di assistenza e personalizzazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> banchino di assistenza e personalizzazione | <input type="checkbox"/> |
|--|---|--------------------------|---|--------------------------|

- **MODULO 2:** Da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda **dopo l'entrata in vigore del nuovo elenco I "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017**

| Descrizione ausili – codici elenchi DPCM 12/01/2017 | Attrezzature presenti nella Sede Operativa | | Attrezzature presenti nella Filiale | |
|---|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Ortesi podaliche e rialzi | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.12.03 Ortesi per piede | <input type="checkbox"/> sistema di rilevazione computerizzata o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> sistema di rilevazione computerizzata o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> vacuum (impianto di decompressione per plantari) e/o sistema cad cam e/o sistema a levitazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> pistola termica | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> fresatrice | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> pistola termica | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> trapano a mano | <input type="checkbox"/> | | |



| | | | | |
|---|---|--------------------------|---|--------------------------|
| | - seghetto alternativo | <input type="checkbox"/> | | |
| | - sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato) | <input type="checkbox"/> | | |
| Calzature ortopediche predisposte | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.33 Calzature ortopediche | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| | - fresatrice da banco o macchina multifunzionale | <input type="checkbox"/> | | |
| | - utensileria adeguata al dispositivo predisposto che si intende erogare | <input type="checkbox"/> | | |
| Calzature ortopediche su misura | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.33 Calzature ortopediche | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> |
| | - fresatrice da banco o macchina multifunzionale | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| | - vacuum (impianto di decompressione) | <input type="checkbox"/> | | |
| | - macchina a torre o a braccio | <input type="checkbox"/> | | |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| | - banco di finissaggio | <input type="checkbox"/> | | |
| Ortesi per arto inferiore | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.12.06 Ortesi per caviglia-piede <input type="checkbox"/> 06.12.09 Ortesi per ginocchio <input type="checkbox"/> 06.12.12 Ortesi per ginocchio-caviglia-piede <input type="checkbox"/> 06.12.15 Ortesi per anca (incluse le ortesi per abduzione) <input type="checkbox"/> 06.12.18 Ortesi per anca-ginocchio-caviglia-piede | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> |
| | - fresa a braccio inclinato | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| | - vacuum (impianto di decompressione) | <input type="checkbox"/> | | |
| | - smerigliatrice | <input type="checkbox"/> | | |
| | - forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura | <input type="checkbox"/> | | |
| | - tronchese per ferro | <input type="checkbox"/> | | |
| | - macchina per cucire | <input type="checkbox"/> | | |
| | - macchina per cucire a torre o a braccio | <input type="checkbox"/> | | |
| - trapano a colonna | <input type="checkbox"/> | | | |



| | | | | |
|---|---|--------------------------|---|--------------------------|
| | - impianto saldatura | <input type="checkbox"/> | | |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| Ortesi per arto superiore | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.03 Ortesi per dita | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.06.06 Ortesi per mano | - fresa a braccio inclinato | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.06.12 Ortesi per polso-mano | - vacuum (impianto di decompressione) | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.13 Ortesi per polso-mano-dita | - fresatrice | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.15 Ortesi per gomito | - forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.19 Ortesi per gomito-polso-mano | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.06.30 Ortesi per spalla-gomito-polso-mano | - macchina da cucire | <input type="checkbox"/> | | |
| | - macchina da cucire a torre o a braccio | <input type="checkbox"/> | | |
| | - trapano a colonna | <input type="checkbox"/> | | |
| Presidi addominali | | | | |
| | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> | - lettino medico con relativo predellino | <input type="checkbox"/> |
| | - macchina da cucire | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| Ortesi spinali | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.03.09 Ortesi toraco-lombo-sacrali (TLSO) | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.03.09 Ortesi toraco-lombo-sacrali | - macchina da cucire | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.03.15 Ortesi cervico-toraciche (CTO) | - forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.03.18 Ortesi cervico-toraco-lombo-sacrali (CTLSO) | - seghetto oscillante | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.03.91 Aggiuntivi prescrivibili | - banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam | <input type="checkbox"/> | | |
| | - trapano a colonna | <input type="checkbox"/> | | |



| | | | | |
|---|--|--------------------------|--|--------------------------|
| | - smerigliatrice a nastro | <input type="checkbox"/> | | |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| | - fresatrice a braccio inclinato | <input type="checkbox"/> | | |
| | - banco di finissaggio | <input type="checkbox"/> | | |
| Protesi di arto superiore e inferiore | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.18.03 Protesi parziale di mano | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.18.06 Protesi per disarticolazione del polso | - impianto di decompressione per laminazione | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.18.09 Protesi transradiali | - fresa a braccio inclinato | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.18.12 Protesi per disarticolazione del gomito | - allineatore meccanico o laser | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.18.15 Protesi transomerale | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.18.18 Protesi per disarticolazione della spalla | - trapano a colonna | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.18.21 Protesi per amputazione interscapola toracica | - macchina per cucire | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.18.91 Aggiuntivi prescrivibili | - banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.24.03 protesi parziale di piede | - smerigliatrice | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.24.06 Protesi per disarticolazione di caviglia | - spianatrice | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 06.24.09 protesi transtibiale | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.24.12 Protesi per disarticolazione del ginocchio | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.24.15 Protesi trans-femorali | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.24.21 Protesi per emipelvectomy | | | | |
| <input type="checkbox"/> 06.24.91 Aggiuntivi prescrivibili | | | | |
| Sistemi di postura su misura | | | | |
| <input type="checkbox"/> 18.09.39 Sistemi di postura modulari | - sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure | <input type="checkbox"/> | - sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure | <input type="checkbox"/> |
| | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| | - macchina da cucire | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |



| | | | | |
|---|--|--------------------------|---|--------------------------|
| | - forno per termoformatura | <input type="checkbox"/> | | |
| | - seghetto oscillante | <input type="checkbox"/> | | |
| | - banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam | <input type="checkbox"/> | | |
| | - trapano a colonna | <input type="checkbox"/> | | |
| | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | | |
| | - smerigliatrice a nastro | <input type="checkbox"/> | | |
| | - fresatrice braccio inclinato | <input type="checkbox"/> | | |
| Ausili per la deambulazione e carrozzine | | | | |
| <input type="checkbox"/> 09 Ausili per la cura e la protezione personale | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> | - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 12 Ausili per la mobilità personale | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> | - utensileria idonea | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 12.03 Ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio | - banchino di assistenza e personalizzazione | <input type="checkbox"/> | - banchino di assistenza e personalizzazione | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 12.06 Ausili per la deambulazione utilizzati con entrambe le braccia | | | | |
| <input type="checkbox"/> 12.18 Cicli | | | | |
| <input type="checkbox"/> 12.22 Carrozzine | | | | |
| <input type="checkbox"/> 12.23 Carrozzine a motore elettrico | | | | |
| <input type="checkbox"/> 12.24.03 Comandi | | | | |
| <input type="checkbox"/> 12.24.09 Unità di propulsione | | | | |
| <input type="checkbox"/> 12.36.06.015 carrozzina elettrica a prevalente uso esterno | | | | |
| <input type="checkbox"/> 12.36.06.018 carrozzina elettrica a sei ruote | | | | |
| <input type="checkbox"/> 12.36 Ausili per il sollevamento | | | | |
| <input type="checkbox"/> 12.39 Ausili per l'orientamento | | | | |
| <input type="checkbox"/> 19.09 Ausili per la posizione seduta | | | | |



Scheda 4b – ELENCO ATTREZZATURE AZIENDE OTTICO-OPTOMETRICHE

- **MODULO 1:** da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda prima dell'entrata in vigore del nuovo elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017

| Descrizione ausili – codici elenchi DM 332/1999 | Attrezzature presenti nella Sede Operativa o Filiale | |
|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 21.03.03 Lenti oftalmiche | – fronticometro | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 21.03.09 Lenti a contatto | – forottero o cassetta optometria | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 21.03.21/24 Cannocchiali da occhiali per visione lontana/vicina | – ottotipo luminoso o a proiezione | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 21.03.36 Filtri | – test lettura per ipovedenti | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 21.03.06 Aggiuntivo o clip-on di sostegno per filtri bloccanti UV e raggi blu | – lampada a fessura | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 21.03.30 Lenti a doppietto acromatico ingrandenti | – retinoscopio | <input type="checkbox"/> |
| | – schiascopio | <input type="checkbox"/> |
| | – oftalmometro | <input type="checkbox"/> |
| | – test lacrimali | <input type="checkbox"/> |
| | – sistemi di disinfezione lenti a contatto | <input type="checkbox"/> |
| | – set lenti ingrandenti per individuazione e prova | <input type="checkbox"/> |
| | – set lenti a contatto per individuazione e prova | <input type="checkbox"/> |
| | – set sistemi telescopici per individuazione e prova | <input type="checkbox"/> |
| | – mola | <input type="checkbox"/> |
| | – ventiletta | <input type="checkbox"/> |
| | – autorefrattometro e/o topografo corneale (non obbligatori) | <input type="checkbox"/> |
| | – pachimetro/ tomografo (non obbligatorio) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.30.21 Protesi oculari su misura | – Becco Bunsen (obbligatorio solo per la lavorazione delle protesi in vetro) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 21.03.06 Montatura Lenti | – attrezzi per la lavorazione del vetro | <input type="checkbox"/> |
| | – materiali per impronte o per lavorazione delle resine | <input type="checkbox"/> |



- **MODULO 2:** Da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda **dopo** l'entrata in vigore del nuovo elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017

| Descrizione ausili – Codici elenchi DPCM 12/01/2017 | Attrezzature presenti nella Sede Operativa o Filiale | |
|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 22.03.06 Occhiali, lenti oftalmiche, lenti a contatto | – fronticometro | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 22.03.09 Lenti e sistemi di lenti per forte ingrandimento (ausili ipercorrettivi) | – forottero o cassetta optometria | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 22.03.12 Cannocchiali da occhiali per visione lontana e vicina | – ottotipo luminoso o a proiezione | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 22.03.09 Aggiuntivi/Lavorazioni Prestazioni Professionali | – test lettura per ipovedenti | <input type="checkbox"/> |
| | – lampada a fessura | <input type="checkbox"/> |
| | – retinoscopio | <input type="checkbox"/> |
| | – schiascopio | <input type="checkbox"/> |
| | – oftalmometro | <input type="checkbox"/> |
| | – test lacrimali | <input type="checkbox"/> |
| | – sistemi di disinfezione lenti a contatto | <input type="checkbox"/> |
| | – set lenti ingrandenti per individuazione e prova | <input type="checkbox"/> |
| | – set lenti a contatto per individuazione e prova | <input type="checkbox"/> |
| | – set sistemi telescopici per individuazione e prova | <input type="checkbox"/> |
| | – mola | <input type="checkbox"/> |
| | – ventiletta | <input type="checkbox"/> |
| | – autorefrattometro e/o topografo corneale (non obbligatori) | <input type="checkbox"/> |
| | – Pachimetro/ tomografo (non obbligatorio) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.30.21 Protesi oculari su misura | – Becco Bunsen (obbligatorio solo per la lavorazione delle protesi in vetro) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 06.30.91 Aggiuntivi prescrivibili | – attrezzi per la lavorazione del vetro | <input type="checkbox"/> |
| | – materiali per impronte o per lavorazione delle resine | <input type="checkbox"/> |



Scheda 4c – ELENCO ATTREZZATURE AZIENDE AUDIOPROTESICHE

- **MODULO 1:** da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda prima dell'entrata in vigore del nuovo elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017

| Descrizione ausili elenchi DM 332/1999 | Elencare le attrezzature in possesso per sedi operative o filiali | |
|---|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 21.45.09 Apparecchi acustici a occhiale | - sistema di audiometria tonale, vocale e campo libero | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 21.45.12 Apparecchi acustici a scatola | - orecchio elettronico per la misurazione e la valutazione degli apparecchi acustici | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 21.45.06 Apparecchi acustici retroauricolari | - sistema hardware e software di programmazione degli ausili per l'udito | <input type="checkbox"/> |
| | - otoscopio per l'ispezione del condotto uditivo esterno | <input type="checkbox"/> |
| | - kit per il rilievo dell'impronta del condotto uditivo esterno | <input type="checkbox"/> |
| | - cabina silente e/o locale insonorizzato il cui rumore di fondo deve essere idealmente inferiore ai 55/57 dBA, sostituibile in alternativa da audiometro dotato di cuffie circumaurali per l'abbattimento del rumore esterno | <input type="checkbox"/> |

- **MODULO 2:** Da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda **dopo** l'entrata in vigore del nuovo elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017

| Descrizione ausili DPCM 12/01/2017 | Elencare le attrezzature in possesso per sedi operative e filiali | |
|---|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 22.06.09 Apparecchi acustici ad occhiale | - sistema di audiometria tonale, vocale e campo libero | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 22.06.15 Apparecchi acustici retroauricolari | - orecchio elettronico per la misurazione e la valutazione degli apparecchi acustici | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 22.06.21 Apparecchi acustici connessi a dispositivi impiantati | - sistema hardware e software di programmazione degli ausili per l'udito | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 22.06.91 Accessori | - otoscopio per l'ispezione del condotto uditivo esterno | <input type="checkbox"/> |
| | - kit per il rilievo dell'impronta del condotto uditivo esterno | <input type="checkbox"/> |
| | - cabina silente e/o locale insonorizzato il cui rumore di fondo deve essere idealmente inferiore ai 55/57 dBA, sostituibile in alternativa da audiometro dotato di cuffie circumaurali per l'abbattimento del rumore esterno | <input type="checkbox"/> |

