

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

 N. **903** del **21-10-2016**
OGGETTO: Istituzione Nucleo Valutazione Ausili. Approvazione Percorso Ausili per la Comunicazione Aumentativa Alternativa della ASL Roma 1

STRUTTURA PROPONENTE: Distretto 14 - UOC Assistenza Protesica e Percorsi Riabilitativi ex ASL Roma E

 Centro di costo: 1200

 L'estensore Dott.ssa Rita De Giuli Rita De Giuli

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del procedimento

Il Dir. Provv. U.O.C. Assistenza Protesica e Percorsi Riabilitativi

Il Coord. Provv. del Distretto 14

Dott.ssa Francesca Provenzano

Dott.ssa Francesca Provenzano

Dott.ssa Maria Rosaria Romagnuolo

Francesca Provenzano
Francesca Provenzano
Maria Rosaria Romagnuolo

 data 11/10/16

 data 11/10/16

 data 11/10/16

Il presente Atto contiene dati sensibili

 SI NO

Il Funzionario addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

 Costo previsto: €..... - Esercizio ...(anno)... C.E. n. (*denominazione del conto*)

Il Funzionario addetto al controllo di budget: (inserire Nome e Cognome) data _____ firma _____

Il Direttore dell'UOC Controllo di Gestione con la sottoscrizione del presente atto attesta la copertura economico della spesa di cui al presente provvedimento.

Il Direttore dell'UOC Controllo di Gestione Dott. Carlo Saitto

data _____

firma _____

Parere del Direttore Amministrativo Dott.ssa Cristina Matranga

 Favorevole

 Non favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

 data 17.10.2016 firma [Firma]

Parere del Direttore Sanitario Dott. Mauro Goletti

 Favorevole

 Non favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

 data 19.10.2016 firma [Firma]

 Il Presente provvedimento si compone di n. 17 pagine di cui n. 12 pagine di allegati

Il Commissario Straordinario

Dott. Angelo Tanese



**Il Direttore provvisorio
della UOC Assistenza protesica e Percorsi Riabilitativi (APPR) della ex ASL RME**

VISTO il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00285 del 31.12.2015 con il quale è stato nominato il Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale Roma I nella persona del Dott. Angelo Tanese;

VISTA la deliberazione del Commissario Straordinario n. 1 del 1° gennaio 2016, con la quale si è provveduto a prendere atto dell'avvenuta istituzione dell'Azienda Sanitaria Locale Roma I a far data dal 1° gennaio 2016, come previsto dalla legge regionale n. 17 del 31.12.2015 e dal DCA n. 606 del 30.12.2015;

VISTO che il Responsabile del procedimento Dott.ssa Francesca Provenzano, Direttore provv. UOC APPR, ha accertato che:

con Determinazione regionale n. D4202 del 16.11.2006 sono stati definiti gli Ausili per la comunicazione interpersonale che necessitano alle persone impossibilitate a comunicare autonomamente in maniera intellegibile, oppure ad adempiere a tale funzione solo con gli ausili già previsti dal vigente nomenclatore e le loro specifiche tecniche (punto n. 1 DGR n. 761/06);

con DGR n. 393 del 22.05.2009 è stata individuata l'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri quale centro per la gestione delle attività legate all'acquisto ed alla distribuzione di ausili per la comunicazione interpersonale di cui sopra nell'ambito del progetto "Facilitazione della comunicazione per pazienti affetti da gravi patologie neuromotorie";

negli anni l'AO San Filippo Neri ha gestito un considerevole numero di assistiti ad elevata complessità provenienti dall'intero territorio regionale e dimostrato la razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse tramite anche la procedura di riuso;

dal 1° Gennaio 2015 la Regione Lazio ha previsto la riorganizzazione dell'AO S. Filippo Neri in presidio ospedaliero a gestione diretta della ASL RME, e a seguito di tale riorganizzazione la ex AO San Filippo Neri ha perso la propria personalità giuridica ed è stata incorporata quale Presidio ospedaliero nella ex ASL ROMA E, successivamente ASL ROMA 1;

la determinazione del Direttore della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria n. G04998 del 27.04.2015, al fine di garantire stabilità e qualità dell'assistenza erogata a pazienti con le sopra descritte necessità, ha dato mandato "al Presidio Ospedaliero della ASL RM E San Filippo Neri di gestire le attività legate all'acquisto ed alla distribuzione di ausili per la comunicazione interpersonale per i residenti nella Regione Lazio, affetti da gravi malattie neuromotorie degenerative o comunque invalidanti, totalmente invalidi come riconosciuto dalla vigente normativa ed impossibilitati a comunicare autonomamente in maniera intellegibile, oppure ad adempiere a tale funzione solo con gli ausili già previsti dal vigente nomenclatore;

gli ausili per la comunicazione individuati dal Nomenclatore tariffario di cui al Decreto del Ministero della Sanità n. 332/1999 non includono gli ausili tecnologicamente più evoluti; il citato DM n. 332/1999 all'art.1, comma 5, prevede lo strumento della riconducibilità per omogeneità funzionale che consente alla ASL di competenza di autorizzare all'assistito la fornitura di un dispositivo non incluso nel suddetto Nomenclatore, ma riconducibile, a giudizio dello specialista prescrittore, a quello prescritto ai sensi dell'articolo 4, comma 2 in quanto assolve la funzione per la quale la categoria è stata prevista;

la ASL Roma 1 (ex RM E) in qualità di azienda capofila anticipa i costi dell'assistenza (stimati in base ai dati degli anni precedenti, in € 500.000,00/anno) e li rendiconta nella spesa per l'assistenza protesica per gli ausili di cui all'elenco 2 del D.M.332/1999, imputandoli annualmente alle AA.SS.LL. di residenza degli assistiti, come disposto dalla citata Determinazione n. G04998 del 27.04.2015;

ASL
Roma 1



la DGR n. 20 del 7.01.2005, che individua i Centri di Riferimento regionali competenti per malattie rare, che sono le uniche strutture abilitate alla prescrizione, e la Determinazione della Direzione Generale Salute e Integrazione Sociosanitaria del 24 novembre 2015, n. G14554 "Approvazione elenco dei Centri Malattie Rare riconosciuti ai sensi dei DCA n.U00387/2015 e n.U00429/2015";

CONSIDERATA la necessità di garantire la comunicazione a persone affette da gravi malattie neuromotorie degenerative o comunque invalidanti, impossibilitati a comunicare verbalmente, con compromissione della possibilità di relazione e comunicazione intellegibile, oppure ad adempiere a tale funzione solo con gli ausili già previsti dal vigente nomenclatore;

CONSIDERATO il mandato di cui alla citata Deliberazione regionale n. G04998 del 27.04.2015 presso la ASL Roma 1 si ritiene necessario istituire un *Nucleo di valutazione ausili e tecnologie assistive*, in particolare per tutti gli ausili più complessi e tecnologicamente avanzati, inclusi quelli per la comunicazione aumentativa alternativa, prescritti a residenti della ASL Roma 1, costituito da figure professionali competenti in materia;

RITENUTO di dover procedere, nell'ottica dell'equità di accesso dell'utenza interessata, della trasparenza negli atti amministrativi e della corretta razionalizzazione delle risorse, alla definizione di un *Percorso Ausili per la Comunicazione Aumentativa Alternativa*, con una chiara organizzazione delle sue fasi (attivazione/valutazione della condizione clinica/valutazione funzionale ausili/prescrizione - erogazione - collaudo ausilio) e puntuale definizione del ruolo dei vari attori coinvolti;

RAVVISATA la necessità di mantenere l'autonomia nella valutazione funzionale dell'ausilio in capo alla ASL di residenza di ciascun assistito, il Percorso è articolato per residenti nella ASL Roma 1 e per residenti in altre ASL della Regione;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta assunzioni di costi da parte della ASL Roma 1;

ATTESTATO che il presente provvedimento a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

PROPONE

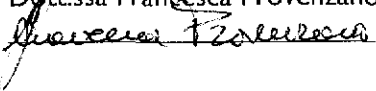
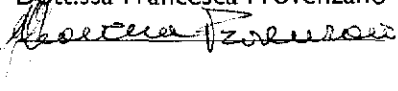
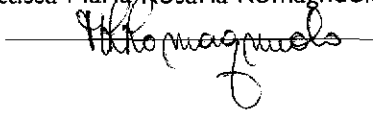
per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

- di istituire il Nucleo Valutazione Ausili della ASL Roma 1, sotto la responsabilità della dott.ssa Francesca Provenzano;
- di approvare, ratificare e rendere operativo l'allegato "Percorso Ausili per la Comunicazione Aumentativa Alternativa della ASL Roma 1";
- di individuare quale referente per il Percorso Ausili per la Comunicazione Aumentativa Alternativa della ASL Roma 1 la dott.ssa Sonia Lara Rossetti;
- di trasmettere la presente deliberazione alle altre ASL del Lazio ed ai Centri di riferimento regionali competenti per malattie rare di cui alla DGR n. 20 del 7.01.2005 e s.m.i.;
- di trasmettere alla UOC Contabilità e Bilancio e alla UOC Controllo di Gestione copia del presente atto per gli adempimenti di competenza;

HR



- di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69,

Il Responsabile del procedimento Il Direttore provv. della UOC Il Coord. Provv. Distretto 14
 Dott.ssa Francesca Provenzano Dott.ssa Francesca Provenzano Dott.ssa Maria Rosaria Romagnuolo




IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

IN VIRTÙ dei poteri previsti:

- dall'art. 3 del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii;
- dall'art. 8 della L.R. n. 18/1994 e ss.mm.ii;

nonché delle funzioni e dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00285 del 31.12.2015;

LETTA la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Dirigente Responsabile dell'Unità in frontespizio indicata;

PRESO ATTO che il Direttore della Struttura proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione avente ad oggetto *"Istituzione Nucleo Valutazione Ausili. Approvazione Percorso Ausili per la Comunicazione Aumentativa Alternativa della ASL Roma 1"* e conseguentemente, per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

- di istituire il Nucleo Valutazione Ausili della ASL Roma 1, sotto la responsabilità della dott.ssa Francesca Provenzano;
- di approvare, ratificare e rendere operativo l'allegato "Percorso Ausili per la Comunicazione Aumentativa Alternativa della ASL Roma 1";
- di individuare quale referente per il Percorso Ausili per la Comunicazione Aumentativa Alternativa della ASL Roma 1 la dott.ssa Sonia Lara Rossetti;
- di trasmettere la presente deliberazione alle altre ASL del Lazio ed ai Centri di riferimento regionali competenti per malattie rare di cui alla DGR n. 20 del 7.01.2005;

HR

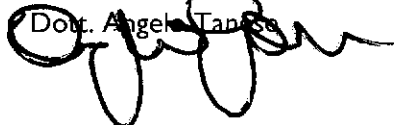



ASL
ROMA 1

- di trasmettere alla UOC Contabilità e Bilancio e alla UOC Controllo di Gestione copia del presente atto per gli adempimenti di competenza;
- di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69.

Il Direttore della Struttura proponente provvederà all'attuazione della presente deliberazione curandone altresì la relativa trasmissione agli uffici/organi rispettivamente interessati.

II COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dot. Angelo Tanassi


HR

ALLEGATO 1

**NUCLEO VALUTAZIONE AUSILI E
PERCORSO AUSILI PER LA COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA
DELL' AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 1**

MR
M

Percorso Ausili per la Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) della ASL Roma 1

Nucleo Valutazione Ausili (NVA)

La UOC Riabilitazione Territoriale della ex ASL Rm E nel 2014 ha presentato, nell'ambito degli obiettivi operativi di budget, uno studio di fattibilità per la costituzione di un Nucleo di valutazione per Ausili (NVA) e tecnologie assistive, in particolare per tutti gli ausili più complessi e tecnologicamente avanzati.

L'esigenza nasceva dalla consapevolezza che gli ausili svolgono un ruolo importante nel processo di inclusione del paziente disabile e che lo sviluppo delle tecnologie richiede risorse e competenze dedicate. Lo studio ha identificato come sede operativa due locali presso il Centro Adelphi ubicato nel comprensorio di Santa Maria della Pietà e dal gennaio 2015 a gestione diretta della ASL.

Il NVA è a costituzione multidisciplinare con personale esperto nel settore e lavora in équipe sotto la responsabilità della dott.ssa Francesca Provenzano: ne fanno parte un medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione a tempo pieno, dott.ssa Sonia Lara Rossetti, due terapisti della riabilitazione a tempo parziale, dr.ssa Stefania Simigliani e dr.ssa Stefania Ricchiuti; l'équipe ha il compito di valutazione dei pazienti, valutazione degli ausili necessari per il percorso di autonomia, prescrizione e collaudo, ai sensi del DM n. 332/99. La valutazione viene effettuata con richiesta del MMG.

Nel dicembre 2015, sempre nell'ambito degli obiettivi di budget, il Nucleo ha iniziato l'attività valutando le segnalazioni ricevute dai vari servizi della ASL, collaborando con gli specialisti prescrittori, con il disabile e la sua famiglia, e rapportandosi con i Fornitori protesici scelti dall'utente o dalle ASL.

Percorso Ausili per la Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA)

La proposta del Percorso per la Comunicazione della ASL Roma 1 nasce dall'esigenza di concretizzare le indicazioni di cui alla determinazione n. G04998 del 27.04.2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria della Regione Lazio confermando la necessità di garantire la comunicazione a persone residenti nella Regione, affette da gravi malattie neuromotorie degenerative o comunque invalidanti.

Fase I: Valutazione clinica per attivazione percorso per tutte le richieste

Compilazione, in ogni sua parte, del Modulo Attivazione Percorso da parte del medico specialista che ha in carico il paziente (neurologo, neuropsichiatra infantile, fisiatra) e invio al Centro di Riferimento delle malattie rare competente;

Lo specialista del Centro di Riferimento, acquisito il Modulo di attivazione, effettua la valutazione clinica per l'idoneità al percorso;

In caso di patologie prive di Centro di riferimento, invio del Modulo di attivazione all'UO Neurologia dell'Ospedale San Filippo Neri (SFN) tramite posta elettronica dedicata: ausili.comunicazione@aslroma1.it o fax: 0633064375; i casi verranno valutati in modo condiviso

con il NVA, con cadenza quindicinale, presso l'ambulatorio della UOC Neurologia, dalla dott.ssa Maria Laura Santarelli e dalla dott.ssa Sonia Lara Rossetti;

I pazienti non ritenuti idonei non sono avviati al Percorso ausili. Il medico valutatore invia una breve relazione al medico specialista inviante.

Fase 2: Valutazione funzionale dell'ausilio

I pazienti valutati clinicamente idonei proseguono il percorso con la Valutazione funzionale per l'individuazione dell'ausilio maggiormente appropriato, diversificato a seconda della residenza:

1) Pazienti residenti nella ASL Roma 1

Il Centro di riferimento o la UOC Neurologia SFN inviano la documentazione (Modulo Attivazione Percorso) al Nucleo di Valutazione Ausili (val.protesica@aslroma1.it) che effettua la valutazione funzionale e l'eventuale prescrizione dell'ausilio

2) Pazienti residenti in altre Asl del Lazio

La valutazione funzionale per l'individuazione dell'ausilio è effettuata presso i competenti Servizi della ASL di residenza o presso Centri esterni individuati dalle ASL di residenza. L'esito della valutazione con proposta dell'ausilio, e relativa scheda tecnica, è inviata allo specialista del Centro di riferimento per l'effettuazione della prescrizione, qualora concordati; lo specialista del Centro di riferimento invia la prescrizione a: ausili.comunicazione@aslroma1.it

Fase 3: Autorizzazione ed erogazione dell'ausilio prescritto

Il Nucleo Valutazione Ausili:

- in caso di ausili riconducibili al nomenclatore tariffario vigente può indirizzare l'utente, con prescrizione e relazione del percorso effettuato, all'Ufficio Ausili e Protesi della ASL di residenza per l'autorizzazione;

- in caso di ausili non riconducibili al nomenclatore tariffario vigente o ad alta tecnologia ne viene verificata la disponibilità nel magazzino per l'eventuale riciclo; in caso di indisponibilità viene autorizzato l'acquisto previa acquisizione del consenso della ASL di residenza dell'utente, sulla quale saranno ribaltati i relativi costi.

Fase 4: Collaudo

Il collaudo dell'ausilio è effettuato dal medico prescrittore come da normativa vigente.

Fase 5: Follow up

A distanza di 6 mesi dall'erogazione dell'ausilio il prescrittore effettua la rivalutazione del paziente per eventuali modifiche delle necessità comunicative.

In allegato modulistica da utilizzare per il Percorso Ausili per la Comunicazione Aumentativa Alternativa ASL Roma 1 disponibili sul sito della ASL Roma 1:

Modulo Attivazione Percorso

Modulo Valutazione Clinica

Modulo Valutazione Funzionale Ausili residenti ASL Roma 1

Modulo Valutazione Funzionale Ausili NON residenti ASL Roma 1

Modulo Prescrizione Ausili

Modulo Erogazione - Collaudo - Follow up



Modulo Attivazione Percorso

Al Centro di riferimento per le Malattie Rare della Regione Lazio per (specificare patologia) (Elenco 1)

Fax _____ e-mail _____

Oppure, in caso di patologie senza centro di riferimento, direttamente a:

Percorso Ausili per la Comunicazione Aumentativa Alternativa ASL RM1
Fax 0633064377 e-mail ausili.comunicazione@aslroma1.it

Il/la Sottoscritto/a (nome e cognome medico inviante) _____

In qualità di (specificare professionalità e ruolo) _____

Operante presso (specificare la struttura) _____

tel _____ fax _____ email _____

Chiede l'attivazione del percorso valutativo per la CAA del paziente:

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DEL PAZIENTE

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ (Pr. _____) il _____ CF _____

residente in via _____ N _____ CAP _____

nel Comune di _____ (Pr. _____) ASL _____ Distretto _____ Regione _____

Recapiti paziente: tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Eventuale familiare di riferimento _____

Recapiti del familiare: tel. _____ Fax _____ e-mail _____

INFORMAZIONI SANITARIE GENERALI

Diagnosi: CODICE ICD 9-CM | | | | | | | |

Condizioni cliniche generali _____

Tracheostomia sì no Data della tracheotomia _____

PEG sì no Data della PEG _____

Allettato/a sì no

Trasportabile senza gravi implicazioni per lo stato di salute della persona sì no

Handwritten marks: "HLL" and a stylized signature.



FUNZIONALITÀ VERBALE

data inizio difficoltà di comunicazione: _____

data inizio impossibilità di comunicazione: _____

disartria Grave Media Lieve

disfonia Grave Media Lieve

altro da segnalare sul linguaggio: _____

FUNZIONALITÀ MOTORIA ARTI

Sono presenti movimenti volontari nei seguenti distretti (*barrare ove presenti*)

Capo Minimi Ridotti Normali

Mano destra Minimi Ridotti Normali

Singole dita a Minimi Ridotti Normali

dx

Mano sinistra Minimi Ridotti Normali

Singole dita a Minimi Ridotti Normali

sn

Piede destro Minimi Ridotti Normali

Piede sinistro Minimi Ridotti Normali

Altro da segnalare su limitazioni motorie e coordinazione: _____

POSTURA

La persona è in grado di mantenere la postura seduta **SI** **NO**

Se SI, per quante ore? _____

FUNZIONALITÀ VISIVA (*barrare per conferma*)

E' presente il movimento coniugato degli occhi:

- in tutte le direzioni **SI** **NO**

- solo in alcune direzioni **SI** **NO**

Porta lenti oftalmiche di correzione **SI** **NO**

Chiude/apre volontariamente le palpebre **SI** **NO**

Presenza di patologie dell'occhio **SI** **NO**

Se SI, indicare quali: _____

Altro da segnalare su motilità oculare: _____

AUSILI TECNOLOGICI

Usa già un ausilio tecnologico **SI** **NO**

Se SI, specificare quale: _____

Ha esperienza di uso dell'informatica? **SI** **NO**

Se SI, specificare il livello _____



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa e consenso al trattamento dei dati personali

Gentile Signore/a, desideriamo informarLa che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

- 1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: *documentazione dell'evoluzione clinica, diagnosi, cura, prevenzione, riabilitazione, inserimento socio-educativo, statistiche e monitoraggio per la tracciabilità degli ausili consegnati in comodato d'uso, studio e ricerca, supporto formativo per gli altri operatori che seguono la persona, trasmissione alle ditte distributrici degli ausili limitatamente a quanto necessita per le procedure di acquisizione degli ausili più adatti ad ogni paziente.*
- 2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: *manuale e/o informatizzata;*
- 3. Il conferimento dei dati è facoltativo sebbene l'eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare la mancata prosecuzione delle prestazioni richieste;
- 4. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003.

Il/La sott. _____ nato/a _____ Prov. _____ il _____

- In qualità di:
- persona direttamente interessata al trattamento dei dati personali del Sig./ra _____ perché non può firmare
 - padre/madre del minore _____
 - tutore del minore/Signor/a _____
 - amministratore di sostegno del Signor/a _____

Dà il consenso Nega il consenso

al trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati nella presente informativa.

5. Autorizzo, inoltre, alla comunicazione e diffusione dei dati presso: *Istituzioni, Enti, Associazioni e Gruppi di studio, formazione e ricerca od eventualmente presentati a Congressi e Convegni nei soli casi previsti dalla norma di legge o di regolamento e, in ogni caso, nel rispetto della normativa sulla privacy. La comunicazione dei dati è comunque limitata a quanto strettamente necessario per effettuare gli adempimenti di competenza e il trattamento avviene nel rispetto dei principi di necessità ed indispensabilità.*

Dà il consenso Nega il consenso

Luogo e data _____

Firma di chi rilascia il consenso _____

Firma dell'operatore sanitario che ha condotto il colloquio _____



MODULO VALUTAZIONE CLINICA
A cura del Centro di Riferimento

Nome _____ Cognome _____

Valutato il _____ dal Dr/Prof _____

Centro di Riferimento: _____

Relazione valutativa per avvio percorso: _____

Paziente: IDONEO NON IDONEO

Residente ASL Roma1: val.protesica@aslroma1.it

Residente in altra ASL: _____
e-mail

Data,

Timbro e firma _____

MODULO PRESCRIZIONE AUSILI

NON RESIDENTI ASL ROMA 1 - a cura del Centro di Riferimento

Nome _____ Cognome _____ Nato a _____ il _____

residente in _____ Città _____ ASL _____

Diagnosi _____

Si prescrivono i seguenti ausili:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

Si allega scheda tecnica ausili

Data:

Timbro e firma del medico del Centro di Riferimento

Invio prescrizione a: ausili.comunicazione@asroma1.it

RESIDENTI ASL ROMA 1 - a cura del Nucleo Valutazione Ausili aziendale

Nome _____ Cognome _____ Nato a _____ il _____

residente in _____ CAP _____ Distretto _____

Diagnosi _____

Si prescrivono i seguenti ausili:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

Si allega scheda tecnica ausili

Data:

Timbro e firma del medico del Nucleo Valutazione Ausili

MLL





MODULO EROGAZIONE AUSILI PER LA COMUNICAZIONE

(RESIDENTI E NON RESIDENTI ASL ROMA 1)

PRESCRIZIONE/AUTORIZZAZIONE - a cura dell'Assistenza Protetica della ASL Roma 1

- Prescrizione per ASL di Residenza (in caso di ausili riconducibili)
- Autorizzazione per l'acquisto, con parere favorevole ASL residenza (verifica aventi diritto ai sensi del DM n. 332/2009)
- Riciclo

Data,

Timbro e firma medico

COLLAUDO - a cura del medico prescrittore

FAVOREVOLE

SFAVOREVOLE

Note _____

Data,

Timbro e firma del medico

FOLLOW UP

- Rivalutazione clinica/funzionale
 - Controllo a distanza
- _____

Data,

Timbro e firma del medico del Centro di Riferimento

MP
M