

**PROCEDURA ON LINE  
PER IL RILASCIO DELLE AUTORIZZAZIONI  
DI ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA**

La presente procedura si applica alle attività connesse e finalizzate alla erogazione, ai soggetti invalidi ed ai pazienti affetti da gravi patologie croniche, delle prestazioni di assistenza protesica ed integrativa previste dal DPCM 12/01/2017 (Nuovi LEA) ed incluse nei relativi allegati al DPCM cit..

**A) ISTANZA**

Per le forniture di dispositivi di ASSISTENZA PROTESICA

(carrozine, deambulatori, busti e calzature ortopedici, apparecchi acustici, letti, ecc.)

Gli utenti dovranno inviare per e-mail all'Ufficio protesi e ausili distrettuale di appartenenza la seguente documentazione, in formato digitale (preferibilmente *PDF*):

- Istanza, firmata dall'assistito (Modello B o Modello B1);
- Prescrizione specialistica;
- Invalidità civile;
- Documento di identità, in corso di validità;
- Tessera Sanitaria

Indicare uno o più recapiti telefonici per eventuali contatti.

Per le forniture di dispositivi di ausili e presidi di ASSISTENZA INTEGRATIVA

(Presidi per diabetici, ausili per incontinenza, cateteri vescicali, ausili per stomie, prodotti per il trattamento delle lesioni cutanee, alimenti per celiaci, ecc.)

Gli utenti dovranno inviare per e-mail all'Ufficio protesi e ausili distrettuale di appartenenza la seguente documentazione, in formato digitale (preferibilmente *PDF*):

- Istanza, firmata dall'assistito (Modello B o Modello B1);
- Certificazione specialistica, attestante la patologia;
- Prescrizione specialistica (non richiesta per gli alimenti per celiaci);
- Documento di identità, in corso di validità
- Tessera Sanitaria

Indicare uno o più recapiti telefonici per eventuali contatti.

Per il RINNOVO delle forniture di ausili e presidi di ASSISTENZA INTEGRATIVA in scadenza

Gli utenti dovranno inviare per e-mail all'Ufficio protesi e ausili distrettuale di appartenenza la seguente documentazione, in formato digitale (preferibilmente *PDF*):

- Istanza, firmata dall'assistito (Modello B o Modello B1);
- Attestazione di conferma annuale, rilasciata dal medico curante (non richiesta per gli alimenti per celiaci);
- Documento di identità in corso di validità
- Tessera Sanitaria

Indicare uno o più recapiti telefonici per eventuali contatti.

La richiesta di rinnovo, completa di tutta la documentazione indicata, dovrà essere inviata preferibilmente 15 giorni prima della scadenza, al fine di consentire una migliore programmazione dell'attività degli uffici e ridurre il rischio di ritardi nel rilascio della nuova autorizzazione.

## B) AUTORIZZAZIONE

Ricevuta la richiesta, l'Ufficio invierà all'utente, per email un codice a barre/numerico, corrispondente all'autorizzazione del dispositivo medico richiesto, con il quale l'assistito potrà recarsi presso un fornitore di sua fiducia, per ritirare i prodotti autorizzati.

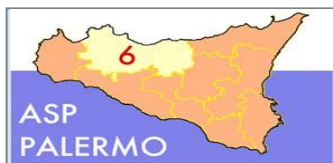
## C) FORNITURA

Il fornitore, via *web*, utilizzando un account personalizzato, accederà al "*PORTALE FORNITORI*", visualizzerà la relativa autorizzazione (mediante lettura del codice a barre o digitazione del codice numerico), e procederà alla fornitura del dispositivo medico prescritto e autorizzato.

**Indirizzi e-mail degli Uffici protesi e ausili, ai quali inviare la suddetta documentazione, per l'autorizzazione:**

<b>Distretto</b>	<b>Indirizzo di posta elettronica</b>
Distretto 33 di Cefalù	caradprotesi.d33@asppalermo.org
Distretto 34 di Carini	caradprotesi.d34@asppalermo.org
Distretto 35 di Petralia Sottana	caradprotesi.d35@asppalermo.org
Distretto 36 di Misilmeri	caradprotesi.d36@asppalermo.org
Distretto 37 di Termini Imerese	caradprotesi.d37@asppalermo.org
Distretto 38 di Lercara Friddi	caradprotesi.d38@asppalermo.org
Distretto 39 di Bagheria	caradprotesi.d39@asppalermo.org
Distretto 40 di Corleone	caradprotesi.d40@asppalermo.org
Distretto 41 di Partinico	caradprotesi.d41@asppalermo.org
Distretto 42 di Palermo	caradprotesi.ptacentro@asppalermo.org
Distretto 42 di Palermo	caradprotesi.ptabiondo@asppalermo.org
Distretto 42 di Palermo	caradprotesi.ptacasadelsole@asppalermo.org
Distretto 42 di Palermo	caradprotesi.ptaalbanese@asppalermo.org
Distretto 42 di Palermo	caradprotesi.ptaguadagna@asppalermo.org
Distretto 42 di Palermo	d42pianaalbanesi@asppalermo.org
Distretto 42 di Palermo	d42monreale@asppalermo.org
Distretto 42 di Palermo	d42altofonte@asppalermo.org
Distretto 42 di Palermo	d42belmontemezzagno@asppalermo.org

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo



Assessorato della Salute

*"Richiesta di autorizzazione per la concessione Protesi e/o Ausili"*  
(rilasciato ai sensi del D.A. 30 luglio 2021- GURS N.37parte I del 27/08/2021)

**Azienda Sanitaria**

Distretto Sanitario di .....

Il Sottoscritto (cognome e nome): \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ ASP di residenza \_\_\_\_\_

in qualità di:

titolare

parente

genitore

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace, o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità giusta,

**D I C H I A R A ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445**

che   1   Sig. (cognome e nome): \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute. A tal fine allega apposita delega (mod. B1)

**Dichiara inoltre:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

La concessione dei seguenti protesi e/o ausili:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti al vero, dichiara che l'utente stesso ha ottenuto in precedenza, tramite il S.S.N., i seguenti ausili e/o presidi:

Le dichiarazioni sottoscritte sono state rilasciate ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N°445.

Allega alla presente richiesta i seguenti documenti:

- verbale di invalidità civile;
- copia della documentazione inviata alla C.I.C. e della ricevuta di avvenuta presentazione dell'istanza;
- prescrizione specialistica;
- autocertificazione di residenza;
- documento di riconoscimento;
- tessera sanitaria o autocertificazione;

**Il sottoscritto, consapevole che sarà responsabile della custodia e buona tenuta della protesi e/o dell'ausilio, inoltre si impegna a:**

- ▶ **comunicare ogni variazione** di domicilio e/o di residenza del soggetto beneficiario della presente richiesta;
- ▶ **far effettuare il collaudo (ove previsto)** del presidio concesso entro e non oltre 20 giorni dalla consegna;
- ▶ ritirare il presidio autorizzato. Il mancato ritiro comporterà da parte dell'ASP **il recupero del costo sostenuto addebitandogli l'importo erogato alla ditta fornitrice;**
- ▶ consegnare all' ASP autocertificazione rilasciata ai sensi del D.P.R. 445/2000, per i soli dispositivi su misura, dove dovrà dichiarare oltre al nome della ditta prescelta, **il luogo dove sono avvenute le varie operazioni per il rilievo, il calco, la fornitura e la consegna del dispositivo.**

Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi dell' art. 13 del decreto legislativo 30/06/2003 n. 196, acconsento, qualora necessario, all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la richiesta: 1) Al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) Al trattamento dei miei dati sensibili all'estero; 3) Alla comunicazione dei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e di archiviazione ed al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) Alla comunicazione dei miei dati sensibili, anche a fini diversi da quelli connessi con la presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali. Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione della presente richiesta, non consento a quanto indicato ai punti  1,  2,  3,  4. Consapevole della responsabilità civile e penale per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445, dichiaro che le notizie fornite rispondono a verità. Le amministrazioni pubbliche sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni.

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

N.B. Nel caso in cui il dichiarante non si presenti personalmente all'ufficio dovrà allegare copia del documento di riconoscimento.

**Spazio riservato nel caso in cui l'assistito non può firmare**

Dichiaro che la presente richiesta è stata a me resa dall'interessato in mia presenza previo accertamento dell'identità dello stesso mediante:

Estremi del documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ dal Comune di \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma dell'impiegato \_\_\_\_\_

**DELEGA**  
**alla presentazione/ritiro della documentazione per la fornitura di presidi ed ausili**

All'Azienda Sanitaria Provinciale di .....  
 Servizio Assistenza Integrativa Protesica

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ residente a \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 Estremi del documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_  
 CF.: \_\_\_\_\_, per se stess\_/ per il familiare \_\_\_\_\_  
 nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 destinatario della fornitura del presidio/ausili oggetto dell'istanza da me sottoscritta,

**DICHIARO**

di essere impossibilitato/a, per motivi personali, a recarmi presso i competenti Uffici di codesta A.S.P. e pertanto delego il Sig./la Sig.ra/ \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ residente a \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 Estremi del documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_  
 CF.: \_\_\_\_\_

Alla presentazione e/o il ritiro della documentazione riconducibile alla fornitura del presidio/ausilio sanitario oggetto della presente istanza, previe esibizione di un valido documento di riconoscimento.  
 Allego alla presente le fotocopie dei rispettivi documenti di identità.

Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi dell' art. 13 del decreto legislativo 30/06/2003 n. 196, acconsento, qualora necessario, all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la richiesta: 1) Al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) Al trattamento dei miei dati sensibili all'estero; 3) Alla comunicazione dei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e di archiviazione ed al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) Alla comunicazione dei miei dati sensibili, anche a fini diversi da quelli connessi con la presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali. Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione della presente richiesta, non consento a quanto indicato ai punti  1,  2,  3,  4. Consapevole della responsabilità civile e penale per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445, dichiaro che le notizie fornite rispondono a verità. Le amministrazioni pubbliche sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni.

Data \_\_\_\_\_

Il Delegante (l'assistito richiedente): \_\_\_\_\_  
 (firma leggibile per esteso)

Il Delegato, per accettazione: \_\_\_\_\_  
 (firma leggibile per esteso)

Visto per la dichiarazione di cui sopra e per il rilascio di quanto richiesto,

presentata in data \_\_\_\_\_,

Estremi del documento di riconoscimento rilasciato il \_\_\_\_\_ dal Comune di \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il funzionario incaricato

\_\_\_\_\_