

Direzione SANITA'

Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali

DETERMINAZIONE NUMERO: 491

DEL 26 GIU. 2013

Codice Direzione: DB2000

Codice Settore: DB2016

Legislatura: 9

Anno: 2013

Oggetto

D.G.R. n. 18-5958 del 17.06.2013. Contributi a persone con grave disabilità per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati, rivolti all'autonomia, all'inclusione sociale e alla comunicazione per l'anno 2013. Approvazione modulistica.

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 4-6467 del 23 luglio 2007 veniva disposta, sperimentalmente per gli anni 2007/2009, la concessione di un contributo economico, a favore di soggetti disabili per l'acquisto di dispositivi tecnologicamente avanzati non compresi negli elenchi del Nomenclatore, così come previsto nel D.M. 27 .8.1999 n. 332, art.1, VI comma.

Valutati positivamente gli esiti della sperimentazione, la stessa è stata prorogata per gli anni 2010, 2011 e 2012. Tali proroghe sono state effettuate con D.G.R. n. 5 - 13455 del 8.3.2010, con D.G.R. n. 20 – 1766 del 28.03.2011 e con D.G.R. n. 29 – 4007 dell'11.06.2012 che hanno apportato alcune necessarie modificazioni ed integrazioni agli allegati.

Con DGR n. 18-5958 del 17.06.2013, è stata ulteriormente prorogata per l'anno 2013, la deliberazione n. 4-6467 del 23.07.2007 e s.m.i., e sono state apportate alcune necessarie modificazioni ed integrazioni mediante l'allegato 1 "Prescrizione di Strumenti Tecnologicamente avanzati rivolti all'autonomia e all'inclusione sociale: Definizione dei beneficiari, tipologia dei dispositivi ammessi al finanziamento, modalità di attuazione, ammontare dei contributi erogabili, modalità di presentazione delle domande, criteri di valutazione, erogazione dei contributi", e mediante l'Allegato 2 "Prescrizione ausili comunicativi ad alta tecnologia: compiti e funzioni da parte delle aziende sanitarie" che costituiscono parti integranti e sostanziali al provvedimento citato.

Ritenuto necessario, di conseguenza, apportare alcune modificazioni ai restanti allegati, di cui alla D.G.R.n. 5- 13455 dell'8 marzo 2010 e di cui alla D.G.R. n. 20 – 1766 del 28.3.2011, contenenti la modulistica necessaria all'espletamento della pratica di contributo e precisamente:

- allegato 3 Modulo di richiesta di contributo,
- allegato 4 Modulo di prescrizione strumento tecnologicamente avanzato,
- allegato 5 Scheda per la trasmissione delle domande,
- allegato 6 Scheda per rendicontare i contributi erogati,

- allegato 7 Modulo prescrizione comunicatore,
 - allegato 8 Dichiarazione,
- uniti alla presente per formarne parte integrante.

Tutto ciò premesso, attestata la regolarità amministrativa del presente atto:

Il Dirigente

Visto il decreto Ministeriale del 27.08.1999 n. 332
Vista la L.R. 7/2001;
Visto il D.lgs 30 marzo 2001 n. 165;
Vista la L.R. 23 del 28.7.2008 artt. 17 e 18;
Visto DPGR 18/R del 5/12/2001;
Vista la DGR n. 4-5247 del 23/01/2013
Vista la DGR n. 5-5248 del 23/01/2013
Vista la DGR n. 18-5958 del 17/06/2013

determina

- di approvare, per le motivazioni citate in premessa, gli allegati contenenti la modulistica necessaria all'espletamento della pratica di contributo, così come di seguito specificati:
 - allegato 3 Modulo di richiesta di contributo,
 - allegato 4 Modulo di prescrizione strumento tecnologicamente avanzato,
 - allegato 5 Scheda per la trasmissione delle domande,
 - allegato 6 Scheda per rendicontare i contributi erogati,
 - allegato 7 Modulo prescrizione comunicatore,
 - allegato 8 Dichiarazione,
- uniti alla presente per formarne parte integrante.

Avverso la presente determinazione è ammesso il ricorso al T.A.R. entro il termine di 60 giorni.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

La presente determinazione non è soggetta a pubblicazione ai sensi dell'art. 18 del D.L. 83/2012 convertito in Legge n. 134 del 7 agosto 2012.

Il Dirigente del Settore
Dott.ssa Daniela Nizza



Il funzionario estensore

Andreina Bonferrati



Allegato 3

Alla C.A.
Servizio Assistenza Protesica
ASL

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI SISTEMI TECNOLOGICAMENTE AVANZATI
RIVOLTI ALL'AUTONOMIA E ALL'INTEGRAZIONE - ANNO 2013**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ cap. _____

Via/piazza _____ n. _____

Telefono di pronta reperibilità _____ e-mail _____

in qualità di:

Diretto interessato

Tutore di: nome e cognome _____

nato/a il _____ a _____

CHIEDE

L'erogazione di un contributo di € _____ per l'acquisto di :

PC fisso o portatile più periferiche standard Periferiche e software specifici

Dispositivi informatici mobili connettività senza fili e/o interfaccia prev. touch

Dispositivi ad alta tecnologia per gli spostamenti

Dispositivi di chiamata a distanza accessibili

A tal fine dichiara che il beneficiario del contributo:

- È riconosciuto "persona handicappata in stato di gravità" (comma 3, art. 3 L. 104/92)
- È residente sul territorio della Regione Piemonte
- Non ha ancora effettuato l'acquisto alla data della presente domanda
- Non ha presentato analoga richiesta nei tre anni precedenti o sei anni per dispositivo ad alta tecnologica per gli spostamenti.

Allega alla presente domanda:

- modulo di prescrizione compilato dallo specialista di struttura pubblica competente per disabilità e responsabile del progetto riabilitativo
- due preventivi dettagliati nelle singole voci corredati dalle schede tecniche
- copia documento d'identità del firmatario

Firma _____

Esprime il consenso al trattamento dei dati personali e di altri dati, relativi alla situazione personale/familiare, ritenuti necessari per il provvedimento, come previsto dal D.Lgs 196/03 recante disposizioni in tema di tutela della privacy.

Firma _____



Allegato 4

REGIONE PIEMONTE

ASL/ASO _____

Si prescrive per:

Nome e Cognome _____

Data e luogo di nascita _____

Residente a _____

Diagnosi clinica _____

Diagnosi ICD – 10 OMS

- ASSE 1 disturbi relazionali
- ASSE 3 disturbi cognitivi
- ASSE 4 sindromi organiche
 - Disabilità motoria
 - Deficit sensoriale visivo
 - Deficit sensoriale uditivo
 - Malattia genetica cromosomica
 - Plurimenomazione
 - _____

Dispositivi prescritti: categoria:

a: Personal Computer fisso o portatile, comprese periferiche standard

b: Periferiche specifiche e software specifici: _____

c: Dispositivi informatici mobili con connettività senza fili e/o interfaccia prevalente touch: _____

d: Dispositivi ad alta tecnologia per gli spostamenti _____

e: Dispositivi di chiamata a distanza accessibili: _____

Evidenziare il significato terapeutico riabilitativo: _____

data _____

timbro e firma del medico _____



Allegato 7

REGIONE PIEMONTE

ASL/ASO _____

PRESCRIZIONE COMUNICATORE

Nome e Cognome _____

Data e luogo di nascita _____

Residente a _____

Diagnosi clinica _____

che determina impossibilità alla comunicazione sia grafica che verbale.
Allegare relazione sul progetto comunicativo e sul significato terapeutico dello strumento.

Dispositivo prescritto

Si reputa opportuno:

- Acquisto
- Noleggio

Relazionare sulle prove effettuate con altri modelli: _____

data _____

timbro e firma del medico _____



Allegato 8

Alla C.A.
Servizio Assistenza Protesica
ASL

Io sottoscritto (o chi ne fa le veci): _____

Data e luogo di nascita _____

Residente a _____

Telefono _____

E mail: _____

Sono consapevole che l'ausilio comunicatore richiesto è di proprietà dell'Azienda ASL _____

e come tale mi impegno a segnalare all'ufficio di competenza Assistenza Protesica eventuali casi di mancato utilizzo.

data _____

FIRMA _____



