



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE
SOCIOSANITARIA e POLITICHE SOCIALI

tel + 39 040 377 5520
fax + 39 040 377 5523

sanita.pol.soc@regione.fvg.it
I - 34124 Trieste, riva Nazario Sauro 8

DIREZIONE CENTRALE SALUTE,
INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
E POLITICHE SOCIALI

Prot.N. 0011153 / P - /
Data 05/06/2013 Class. SPS
Uff. SPS-ASAN

Area dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri

Sede di Udine – via Pozzuolo, 330 - 33100 UDINE

☎ 0432 805615 fax 805682

Sede di Trieste – Riva Nazario Sauro, 8 34124 - TRIESTE

Spett.le Assortopedia

Associazione Nazionale Aziende Ortopediche
Viale Pasteur 10
00144 ROMA (RM)

**Spett.le Associazione Imprese Ortopediche
e Sanitarie delle Tre Venezie**

Via Croce Rossa, 56
35129 PADOVA (PD)

**Spett.le Federazione regionale delle Piccole
e Medie Industrie**

Viale Ungheria, n. 28
33100 UDINE (UD)

Spett.le Confartigianato Imprese FVG

Via Cicerone, 9
34133 TRIESTE (TS)

Spett.le Confcommercio FVG

Via S. Nicolò 7
34121 TRIESTE (TS)

Spett.le F.I.O.T.O.

Federazione italiana operatori tecniche ortopediche
Via l'Aquila 62
00176 ROMA (RM)

Spett.le A.N.A.

Associazione Nazionale Audioprotesisti
Via Val d'Intelvi, 3
20152 MILANO (MI)

Spett.le A.N.P.O.

Associazione Nazionale Protesisti Oculari
Piazza Cavour, 3
00193 ROMA (RM)

Spett.le FEDEROTTICA

Associazione Federativa Nazionale Ottici Optometristi
Via Cenisio, 32
20154 MILANO (MI)

Spett.le FEDERSAN

Federazione nazionale commercianti articoli sanitari,
ortopedici e parafarmaci
Piazza G.G. Belli, 2
00153 ROMA (RM)

Spett.le A.I.I.S.O.

Associazione italiana imprese settore ortopedico
Via Giovanni Savelli, 9
35129 PADOVA (PD)

e.p.c.

Ai signori Direttori generali

delle Aziende per i servizi sanitari regionali
L O R O S E D I

Oggetto: Elenco regionale fornitori dispositivi contenuti nell'elenco 1, allegato 1, al DM332/99

La Delibera della Giunta Regionale n. 923 del 07 aprile 2000 "DM 332/1999 Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabile nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale: modalità di erogazione e tariffe – Approvazione del sistema tariffario relativo ai dispositivi di cui all'elenco allegato 1" prevede tra l'altro la tenuta e l'aggiornamento, da parte della Direzione Centrale Salute Integrazione Socio-sanitaria e Politiche Sociali, dell'elenco regionale dei fornitori dei dispositivi contenuti nell'elenco 1 dell'allegato 1 al DM 332/99 ed erogati con oneri a carico del SSR.

L'elenco attualmente disponibile risulta carente di alcune informazioni essenziali e non aggiornato rispetto alle comunicazioni di eventuali variazioni di attività dei fornitori stessi. Si è ritenuto, pertanto, necessario predisporre il modulo per la presentazione delle nuove istanze di iscrizione all'elenco regionale (vedi Allegato A), integrare e aggiornare l'elenco esistente attuando la ricognizione dei fornitori già iscritti utilizzando il modulo così ridefinito. Si provvederà successivamente a rendere disponibile tale elenco nei confronti dei cittadini, delle Aziende Sanitarie regionali e dei fornitori stessi.

A. Procedura per le nuove iscrizioni all'elenco regionale dei fornitori dei dispositivi contenuti nell'elenco 1 dell'allegato 1 al DM 332/99 ed erogati con oneri a carico del SSR

Per la fornitura dei dispositivi su misura inclusi nell'elenco 1 dell'allegato 1 al D.M. 332/99 le Aziende per i Servizi Sanitari della Regione Friuli Venezia Giulia si rivolgono ai soggetti iscritti presso il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 3, comma 1, per l'erogazione dei dispositivi definiti "su misura" ai sensi dell'art. 1, comma 2, lettera d) del D. Lgs. 46/97 e s.m.i.

La fornitura dei restanti dispositivi inclusi nell'elenco 1 dell'allegato 1 al D.M. 332/99 può essere effettuata dai soggetti abilitati e autorizzati, ai sensi della normativa vigente, alla commercializzazione o alla distribuzione o alla vendita di tali dispositivi e che dispongano del tecnico, mediante un rapporto di dipendenza o professionale, che assicura la propria presenza presso il fornitore per un orario tale da garantire la erogazione dei dispositivi entro i termini previsti dall'articolo 4, comma 7 del D.M. 332/99.

A tal fine i fornitori che intendono operare nel territorio regionale devono presentare apposita istanza alla Direzione Centrale Salute Integrazione Socio-sanitaria e Politiche Sociali - Area dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri.

I fornitori sono inoltre tenuti a comunicare alla medesima Direzione ogni eventuale variazione di quanto dichiarato, nonché l'eventuale cessazione dell'attività o la rinuncia all'iscrizione all'elenco.

Nella istanza (conforme all'allegato A), devono essere indicati, in particolare:

- la categoria ed il numero ITCA di iscrizione ai sensi dell'art. 3, comma 1 del D.M. 332/99;
 - il nominativo del tecnico abilitato di cui all'articolo 1, comma 2 del D.M. 332/99, operante in nome e per conto del fornitore, mediante un rapporto di dipendenza o professionale, che assicura la propria presenza per un orario tale da garantire la fornitura dei dispositivi entro i termini previsti dall'articolo 4, comma 7 del D.M. 332/99;
 - l'elenco dei codici ISO dei dispositivi che il fornitore intende fornire con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, desunti dal D.M. 332/99;
 - le eventuali sedi operative, filiali o di riferimento nella Regione Friuli Venezia Giulia;
 - l'indirizzo di posta elettronica certificata
- e deve essere allegata:

- copia sottoscritta per accettazione delle modalità e condizioni di fornitura aggiuntive previste dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 923 del 7 aprile 2000 - necessaria per il pagamento al 100% delle tariffe indicate nel D.M. 332/99 e successivi aumenti stabiliti; in caso di mancata accettazione il compenso è dell'80%.

Condizione vincolante per l'iscrizione e la permanenza nell'elenco regionale dei fornitori di dispositivi è, infine, l'accettazione del sistema tariffario vigente e che le tariffe previste per ciascun dispositivo rappresentano, in ogni caso, l'importo massimo erogabile da parte del SSR, con l'assoluto divieto di richiesta di compartecipazione alla spesa da parte degli assistiti, fatto salvo quanto previsto per i dispositivi riconducibili.

B. Ricognizione dei fornitori già iscritti all'elenco regionale dei fornitori dei dispositivi contenuti nell'elenco 1 dell' allegato 1 al DM 332/99 ed erogati con oneri a carico del SSR

A seguito della prima applicazione del presente documento, la Direzione Centrale Salute Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali effettua una completa ricognizione dei soggetti che, a evidenza della Direzione stessa, risultano attualmente fornire i dispositivi ai sensi del D. M. 332/99, affinché possano riconfermare la volontà di proseguire in detta attività. Pertanto, i soggetti già iscritti all'elenco regionale dei fornitori dei dispositivi contenuti nell'elenco 1 dell' allegato 1 al DM 332/99 ed erogati con oneri a carico del SSR dovranno trasmettere, entro il 31 luglio 2013, alla Direzione centrale salute Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali una nuova istanza di iscrizione al medesimo elenco impiegando il modello di cui all'Allegato A.

Si precisa infine che la fornitura dei dispositivi inclusi negli elenchi 2 e 3 dell'allegato 1 al D.M. 332/99 è, di norma, effettuata da fornitori aggiudicatari di procedure di acquisto di evidenza pubblica espletate dalle stazioni appaltanti del S.S.R.

Al fine di favorire la migliore attuazione delle indicazioni sopra riportate si chiede alle Associazioni in indirizzo di far partecipare alla riunione, con un proprio rappresentante, che si terrà:

**mercoledì 19 giugno 2013 alle ore 11.00
presso la Direzione Centrale Salute sede di Udine – via Pozzuolo 330
Palazzina B piano terra sala riunioni n.3.**

Si inviano i migliori saluti.

Il Direttore Centrale
-dott. Gianni CORTIULA -



Allegato A

Spett.
Direttore Centrale
Salute Integrazione Sociosanitaria
e Protezione Sociale
Riva N. Sauro, 8
34124 TRIESTE

Oggetto: Istanza di iscrizione nell'elenco regionale degli erogatori dei dispositivi di cui all'elenco 1 dell'allegato 1 al D.M. 332/1999 e dichiarazione sostitutiva (Art. 46 e Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

Consapevole delle **sanzioni penali** richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, il/la sottoscritto/a:

Nato/a il ___ / ___ / ___ a _____
Residente a _____ CAP _____ Via/Piazza _____

In qualità di legale rappresentante della:

Denominazione e ragione sociale: _____

P. IVA. _____

Cod. Fiscale _____

• **Sede legale:**

Via/Piazza _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel. _____ Fax _____

PEC _____

• **Sede operativa principale:**

Via/Piazza _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel. _____ Fax _____

PEC/Email: _____

• **Sedi di riferimento per la Regione Friuli Venezia Giulia:**

(elenare le eventuali ulteriori sedi operative / filiali o di riferimento presenti nel territorio della Regione FVG)

1) Eventuale denominazione e ragione sociale: _____

Via/Piazza _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel. _____ Fax _____

PEC/Email: _____

2) Eventuale denominazione e ragione sociale: _____

Via/Piazza _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel. _____ Fax _____

PEC/Email: _____

3) Eventuale denominazione e ragione sociale: _____

Via/Piazza _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel. _____ Fax _____

PEC/Email: _____

Altro

Vista la Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Friuli Venezia Giulia N. 923 del 7 aprile 2000 di oggetto "DM 332/1999 Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabile nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale: modalità di erogazione e tariffe – Approvazione del sistema tariffario relativo ai dispositivi di cui all'elenco Allegato 1"

FA ISTANZA

di registrazione ed iscrizione nell'Elenco della Regione Friuli Venezia Giulia dei fornitori dei dispositivi protesici di cui all'Elenco 1, Allegato 1, del D.M. 332/1999 per le seguenti classi di dispositivi corrispondenti secondo la classificazione a norma ISO di ausili/protesi:

(selezionare barrando i codici ISO per indicare le classi di interesse corrispondenti ai codici ISO 9999-1998 dei dispositivi di interesse desunte dall'elenco allegato al D.M. 332/1999)

Codice ISO	Descrizione
<input type="checkbox"/> 03.12	Ausili per terapia dell'ernia addominale
<input type="checkbox"/> 03.48	Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio
<input type="checkbox"/> 06.03	Ortesi spinali
<input type="checkbox"/> 06.06	Ortesi per l'arto superiore
<input type="checkbox"/> 06.12	Ortesi per l'arto inferiore
<input type="checkbox"/> 06.18	Protesi per l'arto superiore
<input type="checkbox"/> 06.24	Protesi per l'arto inferiore
<input type="checkbox"/> 06.27	Protesi cosmetiche e non funzionali di arto inferiore inclusi riempitivi per coscia e polpaccio
<input type="checkbox"/> 06.30	Protesi non di arto
<input type="checkbox"/> 06.33	Calzature ortopediche
<input type="checkbox"/> 12.18	Cicli
<input type="checkbox"/> 12.21	Carrozine
<input type="checkbox"/> 12.24	Accessori per carrozzine
<input type="checkbox"/> 12.27	Veicoli
<input type="checkbox"/> 18.09	Ausili per la posizione seduta
<input type="checkbox"/> 21.03	Dispositivi ottici correttivi
<input type="checkbox"/> 21.45	Ausili per l'udito

DICHIARA

- che la Ditta è iscritta presso il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 3, comma 1, per l'erogazione dei dispositivi definiti "su misura" ai sensi dell'art. 1, comma 2, lettera d) del D. Lgs. 24 febbraio 1997 n. 46, inclusi nell'Elenco 1 del Nomenclatore di cui all'Allegato 1 del D.M. 332/1999, categoria _____ numero ITCA _____;
- che la Ditta è iscritta presso la Camera di Commercio di _____ con i seguenti riferimenti per la visura camerale: _____
- di essere in possesso dell'autorizzazione alla commercializzazione o alla distribuzione o alla vendita, ai sensi delle normative vigenti, dei restanti dispositivi inclusi nell'elenco 1 del D.M. 332/1999 (dispositivi di serie la cui applicazione richiede modifiche eseguite da un tecnico abilitato su prescrizione di un medico specialista ed un successivo collaudo da parte dello stesso, ovvero di dispositivi di fabbricazione continua o di serie finiti che, per essere consegnati ad un determinato paziente, necessitano di essere specificamente individuati e allestiti a misura da un tecnico abilitato, su prescrizione del medico specialista);
- che il sig./sig.ra _____, tecnico abilitato di cui all'articolo 1, comma 2 del D.M. 332/1999, opera in nome e per conto della _____ mediante un rapporto di dipendenza o professionale, ed assicura la propria presenza per un orario tale da garantire la fornitura dei dispositivi entro i termini previsti dall'articolo 4, comma 7 del D.M. 332/1999;
- che il sig./sig.ra _____, tecnico abilitato di cui all'articolo 1, comma 2 del D.M. 332/1999, opera in nome e per conto della _____ mediante un rapporto di dipendenza o professionale, ed assicura la propria presenza per un orario tale da garantire la fornitura dei dispositivi entro i termini previsti dall'articolo 4, comma 7 del D.M. 332/1999;
- che l'indirizzo di posta elettronica certificata è il seguente: _____
- Di accettare le condizioni e modalità di cui all'allegato A) della DGR n. 923 del 07.04.2000 e conseguentemente garantire, oltre i requisiti minimi previsti dalla normativa vigente, anche quelli ulteriori connessi a dette condizioni e modalità, e conseguentemente di accettare il connesso livello tariffario, pari al 100% delle tariffe di cui al D.M. 332/1999 e s.m.i.;

- Di **non accettare** le condizioni e modalità di cui all'allegato A) della DGR n. 923 del 07.04.2000 ma di garantire comunque i requisiti minimi previsti dalla normativa vigente, e conseguentemente di accettare il connesso livello tariffario, **pari al 80% delle tariffe di cui al D.M. 332/1999**;
- Di accettare, come condizione vincolante per l'iscrizione e la permanenza nell'elenco regionale dei fornitori di dispositivi, il vigente sistema tariffario e che le tariffe previste per ciascun dispositivo costituiscono, in ogni caso, l'importo massimo erogabile da parte del SSR, con l'assoluto divieto di richiesta di compartecipazione alla spesa nei confronti degli assistiti, fatto salvo quanto previsto per i dispositivi riconducibili;
- Di impegnarsi a segnalare eventuali variazioni della situazione dichiarata entro 30 giorni dal loro verificarsi;
- Di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Allega:

- Copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità;
- In caso di accettazione, copia **controfirmata e datata** dal sottoscrittore delle "Modalità e condizioni di fornitura aggiuntive contrattate tra le Regioni associate e le Associazioni dei fornitori dei dispositivi contenuti nell'elenco n. 1 del D.M. n. 332/1999, ai sensi dell'art. 9 comma 1 dello stesso decreto" di cui alla D.G.R. n. 923 del 7 aprile 2000;
- Dichiarazione sostitutiva contenente i dati relativi al diploma abilitante all'esercizio dell'arte ausiliaria quale tecnico _____ rilasciato al sig. _____, unitamente ad una dichiarazione di accettazione sottoscritta dallo stesso e una copia di un suo documento di identità;
- Giornate e orari di presenza presso la sede della ditta "_____" del tecnico abilitato, competente per le famiglie di ausili che la ditta intende fornire, nonché sottoscrizione da parte dello stesso per accettazione;

_____ ò _____

Firma _____