



Direzione: SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Area: FARMACI E DISPOSITIVI

DETERMINAZIONE - GSA (con firma digitale)

N. G10716 del 03/08/2023

Proposta n. 28742 del 25/07/2023

Oggetto:

percorso ausili per la Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) per pazienti residenti nella Regione Lazio con disturbi relativi alla comunicazione di alta e altissima complessità

Proponente:

Estensore	CAROCCI ALESSIA	_____firma elettronica_____
Responsabile del procedimento	LOMBARDOZZI LORELLA	_____firma elettronica_____
Responsabile dell' Area	L. LOMBARDOZZI	_____firma digitale_____
Direttore Regionale	A. URBANI	_____firma digitale_____

Firma di Concerto

OGGETTO: percorso ausili per la Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) per pazienti residenti nella Regione Lazio con disturbi relativi alla comunicazione di alta e altissima complessità

**IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE REGIONALE
SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

SU PROPOSTA del Dirigente dell'Area Farmaci e Dispositivi;

VISTA la Legge Statutaria n. 1 dell'11 novembre 2004;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modificazioni "*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*";

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1, recante "*Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale*" e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118: "*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5.5.2009, n. 42*" e successive modifiche;

VISTA la Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: "*Legge di contabilità regionale*";

VISTO il Regolamento Regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante: "*Regolamento regionale di contabilità*", che, ai sensi dell'articolo 56, comma 2, della l.r. n. 11/2020 e fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all'articolo 55 della citata l.r. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima l.r. n. 11/2020;

VISTO l'articolo 30, comma 2, del regolamento regionale n. 26/2017, in riferimento alla predisposizione del piano finanziario di attuazione della spesa nel caso delle determinazioni d'impegno;

VISTA la legge regionale 30 marzo 2023, n. 1, recante: "*Legge di stabilità regionale 2023*";

VISTA la legge regionale 30 marzo 2023, n. 2, recante: "*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2023-2025*";

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 31 marzo 2023, n. 91, concernente: "*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2023-2025. Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento", ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese*";

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 31 marzo 2023, n. 92, concernente: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2023-2025. Approvazione del “Bilancio finanziario gestionale”, ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”*;

VISTA la nota del Direttore Generale prot. n. 262407 del 16 marzo 2022, con la quale sono fornite le ulteriori modalità operative per la gestione del bilancio regionale 2022-2024;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale 27 aprile 2023, n. 127, concernente: "Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2023-2025 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11";

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 234 del 25.5.2023 con la quale viene conferito l’incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al dott. Andrea Urbani, ai sensi del regolamento di organizzazione 6 settembre 2002, n. 1;

VISTA la Determinazione n. G09030 del 29/07/2020 di conferimento dell'incarico di dirigente dell'Area Farmaci e dispositivi della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria alla dott.ssa Lorella Lombardozi;

CONSIDERATA la necessità di garantire la comunicazione a persone residenti nella Regione Lazio, affette da gravi malattie neuromotorie degenerative o comunque invalidanti, come la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), le Distrofie Muscolari Progressive, la Sclerosi Multipla (SM), l’Atrofia Muscolare Spinale o la Locked-in Sindrome, etc., che, pur mantenendo inalterate le capacità cognitive, perdono progressivamente le capacità di comunicazione verbale, con compromissione della possibilità di relazione, totalmente invalide come riconosciute dalla vigente normativa ed impossibilitate a comunicare autonomamente in maniera intellegibile;

CONSIDERATO che, come ribadito nelle Linee di indirizzo regionali per l'assistenza protesica, di cui alla determinazione n. G01525/2022, nell’ambito di tale tipologia di assistenza, la Regione Lazio intende raggiungere la gestione integrata del paziente, da parte di tutte le professionalità coinvolte nel processo prescrittivo-erogativo, tramite l’adozione di modalità organizzative mirate sia alla qualità delle prestazioni che alla sostenibilità del Sistema Sanitario Regionale e che permettano di assicurare una corretta presa in carico integrata della persona con disabilità nonché la continuità delle cure;

CONSIDERATO che l’ospedale San Filippo Neri, afferente alla ASL ROMA 1, era stato individuato dalla Regione Lazio, con determinazione n. G04998del 27/04/2015, quale centro deputato alla gestione dell’erogazione degli ausili per la comunicazione interpersonale;

CONSIDERATO, quindi, che la ASL ROMA 1 negli anni ha potuto maturare appropriatezza nell’erogazione degli ausili di cui sopra, gestendo un notevole numero di assistiti ad elevata complessità provenienti da tutto il territorio regionale;

CONSIDERATO che la ASL ROMA 1 ha indetto e aggiudicato una procedura di acquisizione per l’erogazione, in noleggio, di ausili per la Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) ai pazienti

residenti nella Regione Lazio, affetti da gravi patologie neuromotorie degenerative o comunque invalidanti, avviando al contempo un percorso erogativo;

TENUTO CONTO delle richieste pervenute dal referente per l'assistenza protesica della ASL ROMA 1 e dal Gruppo di lavoro per il monitoraggio dell'implementazione delle attività previste dalle linee di indirizzo regionali per l'Assistenza Protesica e l'applicazione delle procedure di erogazione ed approvvigionamento dei presidi protesici, istituito con determinazione G18263 del 21/12/2022, in merito alla necessità di adottare un'unica procedura regionale per l'erogazione dei dispositivi oggetto della procedura di acquisizione effettuata dalla ASL ROMA 1 destinati a pazienti residenti nella Regione Lazio con disturbi relativi alla comunicazione di alta e altissima complessità;

VISTO il documento elaborato con la collaborazione del Dr. Michelino Martino - ASL ROMA 2 e della Dott.ssa Marialaura Santarelli - ASL ROMA 1, che hanno partecipato ai lavori del GDL di cui sopra, e condiviso con la Dr.ssa Cristina Pusic referente dell'Assistenza protesica della ASL ROMA 1 nonché DEC della procedura di acquisizione effettuata dall'azienda per i presidi oggetto del presente atto;

RITENUTO pertanto di adottare il documento "Percorso ausili per la Comunicazione Aumentativa Alternativa per pazienti residenti nella Regione Lazio con disturbi relativi alla comunicazione di alta e altissima complessità", allegato al presente provvedimento di cui ne è parte integrante;

per le finalità espresse in narrativa che si intendono integralmente riportate,

DETERMINA

- di adottare il documento "Percorso ausili per la Comunicazione Aumentativa Alternativa per pazienti residenti nella Regione Lazio con disturbi relativi alla comunicazione di alta e altissima complessità", allegato al presente provvedimento di cui ne è parte integrante;
- di dare mandato alle Direzioni Generali affinché il percorso abbia la massima diffusione e vengano programmate per tempo, da parte dei prescrittori, le date per i collaudi ed i follow up per monitorare l'utilizzo dei presidi e confermare o meno la corretta individuazione del presidio.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio nonché sul sito Salute Lazio e trasmessa alle Aziende Sanitarie Locali e alle strutture del Servizio Sanitario Regionale al fine di darne massima diffusione e per gli adempimenti di competenza.

Avverso il presente atto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio entro i termini previsti dalla normativa vigente.

Il Direttore
Andrea Urbani

PERCORSO AUSILI

PER LA COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA

PER PAZIENTI RESIDENTI NELLA REGIONE LAZIO

CON DISTURBI RELATIVI ALLA COMUNICAZIONE

DI ALTA E ALTISSIMA COMPLESSITA'

Luglio 2023

PERCORSO AUSILI PER LA COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA PER PAZIENTI RESIDENTI NELLA REGIONE LAZIO CON DISTURBI RELATIVI ALLA COMUNICAZIONE DI ALTA E ALTISSIMA COMPLESSITA'

Descrizione e finalità del progetto

Il **Percorso Ausili per la Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA)**, accessibile attraverso i centri di riferimento presso la ASL Roma 1, è dedicato ai cittadini residenti nella Regione Lazio con **gravi patologie neuromotorie degenerative o comunque invalidanti** (Sclerosi Laterale Amiotrofica-SLA, Distrofie Muscolari Progressive, Sclerosi Multipla-SM, Atrofia Muscolare Spinale, Locked-in Sindrome ecc.) che, pur mantenendo inalterate le capacità cognitive, **hanno perso sia la capacità di comunicazione verbale sia la possibilità di utilizzare una residua funzione motoria per il controllo del mouse o di tastiera modificata.**

Il percorso offre la possibilità di avvalersi di ausili specifici che facilitano la comunicazione attraverso i movimenti oculari. Gli ausili della comunicazione diversi dai puntatori oculari non rientrano nel percorso della ASL Roma 1. Per tutti gli ausili a minore complessità la modalità di valutazione e di erogazione resta in carico alla ASL di residenza del paziente.

Il percorso, inoltre, **non** riguarda ausili per pazienti che rientrano nello spettro autistico, pazienti con gravi deficit cognitivi e comportamentali, pazienti affetti da deficit neurosensoriali (sordomutismo e ipovisione/cecità).

Sono candidabili al percorso tutti i pazienti residenti nel territorio della Regione Lazio che soddisfino i criteri sopra descritti.

Modalità di accesso e svolgimento del percorso

Il **medico specialista** di struttura pubblica o accreditata (neurologo, neuropsichiatra infantile, fisiatra, ecc.) che ha in carico il paziente con disturbo comunicativo da patologia neuromotoria, compila integralmente la **proposta di attivazione (Modulo 1)** e la invia ai Centri di Riferimento regionali per le malattie rare (CR) il cui elenco, aggiornato con Determinazione n. G02070 del 19/02/2023, è consultabile sul sito per le Malattie Rare della Regione Lazio al seguente link: <https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/documentazione/DD-G02070-19-02-2023-Allegato2.pdf>.

Qualora il paziente non avesse un **Centro di Riferimento**, specifico per la sua patologia, a cui rivolgersi, può essere indirizzato per la valutazione direttamente all'**ambulatorio CAA della ASL Roma 1 attivo presso la neurologia del PO San Filippo Neri**; se il paziente non è trasportabile il medico specialista che lo valuta a domicilio o in struttura di ricovero invia il modulo alla mail ambulatoriocaa@aslroma1.it che fa riferimento sempre all'ambulatorio dedicato per la CAA.

Lo specialista del Centro di Riferimento delle malattie rare, o dell'Ambulatorio per il CAA della ASL Roma 1, determina se il paziente è elegibile per la valutazione con gli ausili per la comunicazione che sono previsti nel percorso.

In caso di esito positivo, invia una richiesta di valutazione al **Nucleo Valutazione Ausili (Modulo 2)** informando contestualmente **l'ufficio per l'assistenza protesica della ASL di residenza** del paziente in merito all'avvenuto avvio della procedura.

La presa in carico del paziente da parte del Nucleo di Valutazione prevede **una fase di prova, in cui al paziente saranno presentati i quattro ausili** inclusi nell'accordo quadro della ASL Roma 1. Scopo della prova è individuare l'ausilio più adatto alle necessità della persona con deficit di comunicazione. Al termine delle valutazioni verrà redatta una relazione che deve essere inviata al Centro di Riferimento delle malattie rare, o dell'Ambulatorio per il CAA della ASL Roma 1, che ha riconosciuto il paziente elegibile al percorso.

In caso di valutazione positiva, il medico che ha dato parere positivo e avviato il paziente al Nucleo di valutazione, ricevuta la relazione dettagliata sull'esito delle prove, redige la richiesta per l'attivazione della fornitura del puntatore oculare (**Modulo 3**) e la invia a ausili.comunicazione@aslroma1.it, informando per conoscenza **l'ufficio per l'assistenza protesica della ASL di residenza** del paziente.

Può succedere che un paziente, nel corso delle prove, risulti non in grado di utilizzare il puntatore oculare. È possibile altresì che venga individuato per lui un ausilio diverso definito da precisi codici previsti nei nuovi LEA (DPCM 12/01/2017 Allegato 5 Elenco 2B); in questo caso il Medico del centro di riferimento può comunque prescrivere l'ausilio facendo riferimento ai codici che lo individuano (**Modulo 4**).

Tale prescrizione andrà consegnata direttamente al paziente e/o al suo care-giver affinché possa presentarla alla sua ASL di residenza seguendo l'iter autorizzativo standard previsto per l'assistenza protesica (<https://www.salutelazio.it/it/assistenza-protesica>).

Erogazione degli ausili a puntamento oculare

Come da **accordo quadro**, la **ASL Roma 1**, eroga i puntatori oculari in full risk a tutti i Pazienti residenti nel territorio della regione Lazio per i quali, al termine del percorso, è stata effettuata la prescrizione da parte del Centro di Riferimento o dall'ambulatorio per la CAA della ASSL Roma 1.

Per i Pazienti fuori dal territorio della ASL ROMA 1 deve essere data tempestiva informazione dell'autorizzazione del presidio, all' Ufficio Protesica Distrettuale della ASL competente per residenza del paziente al quale era già stata data comunicazione dell'avvio percorso. Per questi pazienti i costi del noleggio saranno a carico della ASL di residenza.

Collaudo e follow-up

Una volta che l'ausilio sarà stato consegnato al paziente e questi sarà stato adeguatamente formato al suo utilizzo, come previsto dall'accordo quadro, il Centro di Riferimento o l'ambulatorio per la CAA della ASL Roma 1 che hanno effettuato la prescrizione provvederanno a redigere il documento di collaudo (**Modulo 5**) che sarà inviato contestualmente alla protesica di riferimento del paziente e ad ausilicomunicazione@aslroma1.it. Il collaudo deve essere svolto entro 30 giorni dall'avvenuta consegna e contestualmente andrà fissata la data, concordata con il paziente e il nucleo di valutazione, per il follow-up, previsto entro i sei mesi dalla consegna e **necessario per l'eventuale rinnovo della fornitura**.

In base all'esito della rivalutazione a sei mesi il medico del centro di riferimento invierà a ausilicomunicazione@aslroma1.it e agli uffici di assistenza protesica di residenza degli assistiti la relazione di follow-up (Modulo 6) disponendo il rinnovo, la rimodulazione o la sospensione della fornitura.

In caso di mancata effettuazione di collaudo e follow up entro 9 mesi dall'erogazione del presidio, il noleggio si considererà decaduto e non verrà prorogato.

Gestione degli ausili assegnati

Il puntatore oculare è concesso in comodato d'uso al paziente richiedente e il fornitore garantisce l'assistenza tecnica sia da remoto che tramite eventuale intervento a domicilio del paziente.

La gestione del malfunzionamento, di eventuale sostituzione e riconsegna del dispositivo sono previste a carico della ditta fornitrice, come indicato nell'accordo quadro, il paziente nel richiedere l'intervento della ditta per i casi di cui sopra dovrà darne contestuale comunicazione anche ad ausili.comunicazione@aslroma1.it.

In caso di mancato utilizzo del comunicatore per il decesso del paziente o per un peggioramento clinico che non permette più al paziente di comunicare è necessario inviare rapidamente una mail a ausilicomunicazione@aslroma1.it e agli uffici di assistenza protesica di residenza degli assistiti perché venga sospesa la fornitura.

Nel caso in cui il dispositivo non è più adeguato alle condizioni del paziente è possibile richiedere una rivalutazione al Centro di Riferimento o all'ambulatorio per la CAA della ASL Roma 1 prima del follow-up previsto a sei mesi.

REFERENTI ASSISTENZA PROTESICA AA.SS.LL.

ROMA 1	cristina.pusic@aslroma1.it ;
ROMA 2	giovanni.aloise@aslroma2.it
ROMA 3	rosanna.clementi@aslroma3.it
ROMA 4	mariaanna.rossi@aslroma4.it
ROMA 5	matilde.loffredo@aslroma5.it
ROMA 6	marco.sgarbazzini@aslroma6.it
FROSINONE	luisa.cacciotti@aslfrosinone.it , assistenzaprotesica@aslfrosinone.it
LATINA	g.petrone@ausl.latina.it
RIETI	g.dagostino@asl.rieti.it , antonio.boncompagni@asl.rieti.it
VITERBO	roberta.ramicone@asl.vt.it

ALLEGATO 1

DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA

Percorso Ausili per la Comunicazione Aumentativa e Alternativa

Modulo 1 - PROPOSTA DI ATTIVAZIONE PERCORSO

A cura dello specialista di riferimento (fisiatra, neurologo, neuropsichiatra infantile)

➡ Al Centro di Riferimento per le Malattie Rare della Regione Lazio
 nome del centro _____
 per (specificare patologia) _____
 e-mail _____ (vedi elenco allegato dei Centri di Riferimento)

oppure

➡ All'Ambulatorio per la CAA ASL Roma 1 per pazienti senza Centro di Riferimento
 per (specificare patologia) _____
 e-mail: ambulatoriocoa@aslroma1.it e p.c. 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. _____ Cell. _____ Email _____

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

informazioni anagrafiche del paziente

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ (PR _____) il _____ CF _____

residente in via _____ N. _____ CAP _____

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

assistenza protesica ASL residenza _____ - _____ e-mail _____

Recapiti paziente: tel. _____ e-mail _____

Eventuale familiare di riferimento _____

Recapiti del familiare: tel. _____ e-mail _____

informazioni sanitarie generali

Diagnosi: _____

CODICE ICD 9-CM |_____|._____| CODICE MALATTIA RARA |_____|

ALLEGATO 1

DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA

Condizioni cliniche generali: ottime buone discrete sufficienti scadute

Tracheostomia si no Data della tracheotomia _____

PEG si no Data della PEG _____

Allettato/a si no

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

OBIETTIVITA' RELATIVI ALLA PATOLOGIA NEUROLOGICA

Diagnosi neurologica _____

Esordio della patologia neurologica _____

Esordio delle difficoltà comunicative _____

Evoluzione clinica dei disturbi del linguaggio verbale e delle limitazioni motorie _____

Patologie concomitanti rilevanti per la funzionalità motoria, cognitiva e visiva _____

Stabilità clinica:

stabile lenta progressione peggiorativa rapida progressione peggiorativa

lenta progressione migliorativa rapida progressione migliorativa

Responsività, contatto con l'ambiente: insufficiente sufficiente buono ottimo

Livello di funzionamento adattivo attuale: insufficiente sufficiente buono ottimo

Iniziativa comunicativa: insufficiente sufficiente buono ottimo

FUNZIONI COGNITIVE Età adulta – disabilità acquisita

Deterioramento Cognitivo assente lieve moderato grave

Età evolutiva

Disturbo dello sviluppo intellettivo assente lieve moderato grave

Giudizio complessivo sulle competenze comunicative e parere sulla possibilità di giovare di un percorso di CAA

Scarse Sufficienti Buone Ottime

ALLEGATO 1

DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA

FUNZIONALITÀ VERBALE

data inizio difficoltà di comunicazione: _____

data inizio impossibilità di comunicazione: _____

disartria grave media lieve

disfonia grave media lieve afasia grave media lieve

altro da segnalare sul linguaggio _____

FUNZIONALITÀ MOTORIA ARTI

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

Minimi Ridotti Normali

Mano destra Minimi Ridotti Normali

Singole dita a dx Minimi Ridotti Normali

Mano sinistra Minimi Ridotti Normali

Singole dita a sn Minimi Ridotti Normali

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

Riduzione Visus SI NO

ALLEGATO 1

DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA

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

Ha esperienza di uso dell'informatica? SI NO

Se SI, specificare il livello _____

Luogo e data _____ Timbro e Firma dello specialista _____

Copia

ALLEGATO 1**DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA
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 e degli articoli 13-14 del regolamento europeo 679/2016 e ai sensi delle linee guida emanate dal garante della privacy con deliberazione del 04/06/2015 ai fini del dossier sanitario elettronico, 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, 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 e per eventuali interventi di manutenzione.
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 interessata al trattamento dei dati personali per sé
- persona interessata al trattamento dei dati personali del Sig./ra _____ perchè non può firmare
- padre/madre del minore _____
- tutore del minore/Signor/a _____
- amministratore di sostegno del Signor/a _____

Consenso obbligatorio per accedere alla valutazione: Dà il consenso Nega il consenso

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

Autorizzo, inoltre, all'uso in modo anonimo dei dati per: presentazioni a congressi, pubblicazioni scientifiche.

Consenso facoltativo: Dà il consenso Nega il consenso

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.

Consenso facoltativo: Dà il consenso Nega il consenso

Luogo e data _____ Firma di chi rilascia il consenso _____

cognome e nome in stampatello _____

Firma dell'operatore sanitario che ha condotto il colloquio _____

ALLEGATO 2

DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA

Percorso Ausili per la Comunicazione Aumentativa e Alternativa
Modulo 2 - ELEGGIBILITA' E RICHIESTA DI VALUTAZIONE

A cura del Centro di Riferimento Malattie Rare o dell'Ambulatorio per la CAA della ASL Roma 1

da inviare, allegando anche il Modulo 1, a:

NuVAC (NV della ASL Roma 1 per pazienti residenti in ASL Roma 1 e pazienti di altre ASL trasportabili) e-mail: nuvac@aslroma1.it

oppure

altro Nucleo di Valutazione a scelta del centro inviante, per pz residenti in altre ASL e-mail: _____

N.B. Il Nucleo di Valutazione deve essere in grado di effettuare una valutazione di confronto con i quattro puntatori oculari previsti da gara ASL Roma 1 o di almeno tre ausili per la CAA differenti dai puntatori oculari e produrre una relazione, con indicazione dell'ausilio prescelto.

e p.c. alla ASL ROMA 1 ausili.comunicazione@aslroma1.it
all'assistenza protesica ASL residenza _____ e-mail _____

ALL'UNITA' DI VALUTAZIONE PER AUSILI DELLA COMUNICAZIONE

Paziente: Cognome _____ Nome _____

Proposta di percorso valutata presso:

Centro di Riferimento _____ Ambulatorio per la CAA - ASL Roma 1

Valutato da Dr/Prof _____ il _____

Patologia di base _____

Valutazione del deficit di comunicazione verbale _____

Valutazione del deficit motorio globale _____

Giudizio sulle funzioni cognitive _____

ALLEGATO 2
DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA

Giudizio globale sulla possibilità di giovare di un percorso di CAA _____

ELEGGIBILE

NON ELEGGIBILE

Data _____ Timbro e Firma _____

Copia

ALLEGATO 3

DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA

Percorso Ausili per la Comunicazione Aumentativa e Alternativa

Modulo 3 PRESCRIZIONE PUNTATORE OCULARE

A cura del Centro di Riferimento Malattie Rare o dell'Ambulatorio per la CAA della ASL Roma 1

da inviare ad ASL ROMA 1 ausili.comunicazione@aslroma1.it

E p.c.: all'assistenza protesica ASL residenza _____ e-mail _____

Paziente: Cognome _____ Nome _____

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

residente in via _____ N _____ CAP _____

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

Recapiti paziente: tel. _____ e-mail _____

Eventuale familiare di riferimento _____

Recapiti del familiare: tel. _____ e-mail _____

Affetto da: _____

Preso visione della relazione del NV e delle priorità indicate dal paziente in base ai criteri esaminati per ciascun ausilio provato, il medico del:

Centro di Riferimento _____

Ambulatorio CAA - ASL Roma 1

prescrive il seguente puntatore oculare e ulteriori accessori necessari al completo funzionamento:

Vista la gara puntatori oculari ASL Roma 1 Del.n.3 del 14/12/2021 :

Il dispositivo rientra nel Lotto 1: puntatore monoculare

Il dispositivo rientra nel Lotto 2 . puntatore binoculare

ALLEGATO 3

DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA

Descrizione del progetto terapeutico in cui si inserisce il prodotto proposto e durata del trattamento **(rivalutato ogni sei mesi)***

*** In caso di mancata effettuazione di collaudo e follow up il noleggio si considererà decaduto e non verrà prorogato.**

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore _____

Copia

ALLEGATO 4

DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA

Percorso Ausili per la Comunicazione Aumentativa e Alternativa

Modulo 4 - PRESCRIZIONE AUSILIO PER LA COMUNICAZIONE INTERPERSONALE

(DPCM 12/01/2017 Allegato 5 Elenco 2B)

A cura del Centro di Riferimento Malattie Rare o dell'Ambulatorio per la CAA della ASL Roma 1

da inviare all'Ufficio Assistenza Protesica della ASL residenza assistito _____

e p.c.: ausili.comunicazione@aslroma1.it

Paziente: Cognome _____ Nome _____

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

residente in via _____ N _____ CAP _____

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

Recapiti paziente: tel. _____ e-mail _____

Eventuale familiare di riferimento _____

Recapiti del familiare: tel. _____ e-mail _____

Affetto da: _____

Valutata la relazione del Nucleo di Valutazione, che si allega, il medico del:

Centro di Riferimento _____ Ambulatorio CAA - ASL Roma 1

Prescrive per il paziente:

Descrizione Ausilio: _____

Codice _____

Codice _____

Codice _____

Codice _____

Ausilio indispensabile e insostituibile: si no

Descrizione del problema clinico per cui viene proposto il prodotto come indispensabile e insostituibile (in allegato scheda tecnica del dispositivo individuato come indispensabile e insostituibile)

ALLEGATO 4
DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA

Descrizione del progetto terapeutico in cui si inserisce il prodotto proposto e durata del trattamento

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore _____

Copia

ALLEGATO 5

DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA

Percorso Ausili per la Comunicazione Aumentativa e Alternativa

Modulo 5 – COLLAUDO PUNTATORE OCULARE

da inviare all'Ufficio Assistenza Protesica della ASL residenza assistito _____

e alla ASL ROMA 1: ausili.comunicazione@aslroma1.it

A cura del

Centro di Riferimento Malattie Rare _____

Ambulatorio Integrato CAA - ASL Roma 1 _____

Paziente: Cognome _____ Nome _____

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

residente in via _____ N _____ CAP _____

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

Recapiti paziente: tel. _____ e-mail _____

Eventuale familiare di riferimento _____

Recapiti del familiare: tel. _____ e-mail _____

VALUTAZIONE EFFETTUATA

In ambulatorio

A domicilio del paziente

Via telematica

Con supporto tecnico e relazione del Nucleo di Valutazione Ausili che si allega

Relazione _____

COLLAUDO POSITIVO COLLAUDO NEGATIVO

Data _____ Timbro e firma di chi effettua il collaudo _____

ALLEGATO 6

DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA

Percorso Ausili per la Comunicazione Aumentativa e Alternativa

Modulo 6 - FOLLOW UP

da inviare all'Ufficio Assistenza Protesica della ASL residenza assistito _____

e alla ASL ROMA 1: ausili.comunicazione@aslroma1.it

A cura del

Centro di Riferimento _____

Ambulatorio Integrato CAA - ASL Roma 1

Paziente: Cognome _____ Nome _____

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

residente in via _____ N. _____ CAP _____

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

Recapiti paziente: tel. _____ e-mail _____

Eventuale familiare di riferimento _____

Recapiti del familiare: tel. _____ e-mail _____

FOLLOW UP EFFETTUATO:

In ambulatorio

A domicilio del paziente

Via telematica

Con supporto tecnico e relazione del Nucleo di Valutazione Ausili che si allega

Relazione _____

Conclusioni _____

SI CONFERMA FORNITURA AUSILIO A PUNTAMENTO OCULARE

SI RICHIEDE SOSPENSIONE DELLA FORNITURA AUSILIO A PUNTAMENTO OCULARE

Data _____

Timbro e firma _____