

AVENTI DIRITTO:

NORMA DI RIFERIMENTO: DPCM 12 Gennaio 2017- Gara Regione Liguria SUAR n. 7995960

Hanno diritto tutti i soggetti residenti nell'ambito territoriale della Asl 5, con invalidità riconosciuta di ipoacusia bilaterale.

Per gli assistiti maggiori di anni 18 ipoacusia bilaterale, rilevata senza protesi, da 55 dB HL nell'orecchio migliore, sulla media delle frequenze 500, 1.000, 2.000, 4.000 Hz;

Per i minori di anni 18 il diritto alla protesizzazione non prevede limiti di riferimento.

In entrambi i casi sono escluse le cofosi.

Come procedere

Come presentare la richiesta

La prescrizione redatta su apposito modulo regionale di prescrizione/autorizzazione protesi acustiche a carico del SSN –DPCM 01/2017, dovrà pervenire alla ASL servizio protesica via mail agli indirizzi dedicati

- La Spezia, Val di Vara e Riviera protesica.sp@asl5.liguria.it.
- Sarzana e Val di Magra..... protesicasz@asl5.liguria.it

Per i pazienti impossibilitati o con difficoltà a inviare l'e mail è possibile recarsi presso i Distretti Socio Sanitari, nelle sedi ed orari di seguito indicati:

LA SPEZIA Via Leopardi 71 da Lunedì a Venerdì h 8 – 12.30

SARZANA Ospedale San Bartolomeo – piano terra porticato – Mart – Merc e Gio 8.00 -12.30

CEPARANA Poliambulatorio ASL - ogni quindici giorni il Mercoledì 8.30 – 12 ([secondo calendario](#))

LEVANTO Ospedale S. Nicolò - ogni quindici giorni lunedì 8.30 – 12 ([secondo calendario](#))

Cosa presentare

- modulo regionale di prescrizione/autorizzazione protesi acustiche a carico del SSN –DPCM 01/2017 compilato dal medico Specialista
- Audiometria tonale
- Audiometria vocale
- Impedenzometria
- Copia certificato di invalidità con riconoscimento della Ipoacusia bilaterale quale patologia invalidante (ad esclusione dei minori di anni 18)
- Dati del paziente/caregiver (indirizzo di consegna, nr di telefono ed email)
- Copia tessera sanitaria
- Eventuale delega nel caso in cui la richiesta non sia presentata dal diretto interessato
- Eventuale liberatoria per ricevere via mail copia dell'autorizzazione alla fornitura o comunque gli esiti del procedimento
- Eventuali ulteriori certificazioni sanitarie

L'erogazione della prestazione è autorizzata dalla ASL di residenza dell'assistito, previa verifica amministrativa della titolarità del diritto dell'assistito, della presenza del piano riabilitativo-assistenziale individuale e della completezza della prescrizione .

Nell'autorizzazione verrà riportata indicazione della quota a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Collaudo

Al termine del follow-up ed entro 60 giorni dall'avvenuta fornitura, dovrà essere effettuato il collaudo da parte del Medico prescrittore con la seguente modalità:

- impegnativa del Medico Specialista Otorinolaringoiatra o del Medico curante indicante "valutazione protesica per collaudo"
- prenotazione della visita per il collaudo,

copia della certificazione di avvenuto collaudo dovrà essere consegnata:

- al fornitore (obbligatoriamente)
- allo Sportello protesica con le stesse modalità, riportate sopra in "Come presentare la richiesta"

Documenti allegati

Allegati

Fac simile modello prescrittivo

Fac simile liberatoria per ricevere comunicazioni e mail

Apparecchi acustici - - elenco prodotti aggiudicati in gara -elenco punti vendita apparecchi acustici