



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 19/81 del 1.6.2023

REGIONE SARDEGNA  
AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE N. 7

**Avviso pubblico per il riconoscimento di contributi economici per l'acquisto di ausili e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica**

**Indice**

A. INTERVENTO, SOGGETTI, RISORSE.....	2
A.1 Finalità e obiettivi.....	2
A.2 Riferimenti normativi.....	2
A.3 Soggetti beneficiari.....	2
A.4 Carattere sperimentale dell'iniziativa.....	3
A.5 Soggetti gestore.....	4
A.6 Dotazione finanziaria.....	4
B. CARATTERISTICHE DELL'AGEVOLAZIONE.....	4
B.1 Caratteristiche dell'agevolazione.....	4
C. FASI E TEMPI DEL PROCEDIMENTO.....	4
C.1 Presentazione delle domande.....	4
C.2 Istruttoria.....	4
C.2.a Verifica di ammissibilità delle domande.....	4
C.2.b Valutazione delle domande.....	5
C.2.c Concessione dell'agevolazione e comunicazione degli esiti dell'istruttoria.....	5
C.3 Modalità e adempimenti per l'erogazione dell'agevolazione.....	5
C.3.a Adempimenti per l'erogazione del contributo.....	5
C.3.b Modalità e tempi di erogazione dell'agevolazione.....	5
D. DISPOSIZIONI FINALI.....	6
D.1 Decadenze, revoche, rinunce dei soggetti beneficiari.....	6
D.2 Ispezioni e controlli.....	6
D.3 Responsabile del procedimento.....	6
D.4 Trattamento dati personali.....	6
D.5 Diritto di accesso agli atti.....	6
D.6 Informazioni agli utenti.....	6
D.7 Riepilogo date e termini temporali.....	7



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## A. INTERVENTO, SOGGETTI, RISORSE

### A.1 Finalità e obiettivi

In riferimento al D.M. 22 agosto 2022, con il presente provvedimento la Regione Sardegna intende avviare interventi atti a favorire l'acquisizione di ausili e protesi utili allo svolgimento di attività motorie o sportive amatoriali individuali, destinate a persone con disabilità fisica, finalizzati ad estendere le abilità della persona e migliorare la sua qualità di vita.

Per l'attuazione dell'intervento la Regione Sardegna con la deliberazione della Giunta regionale n. 19/81 del 1 giugno 3032 ha stabilito che ciascuna Azienda socio-sanitaria locale provvede alla gestione del procedimento con riferimento ai residenti del proprio territorio.

I dispositivi medici oggetto dell'avviso sono funzionali al:

- superamento delle limitazioni motorie della persona disabile in grado di praticare, attività sportive amatoriali individuali;
- raggiungimento/miglioramento delle potenzialità della persona in relazione alle sue possibilità di integrazione sociale e sportiva.

### A.2 Riferimenti normativi

I riferimenti normativi sono rinvenibili nelle norme seguenti:

- D.M. n. 332/1999, "*Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe*", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 227 del 27 settembre 1999;
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017, "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 65 del 18 marzo 2017;
- D.M. 22 agosto 2022, "*Erogazione di ausili ortesi e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica*", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 296 del 20 dicembre 2022.

### A.3 Soggetti beneficiari

Possono partecipare alla selezione i soggetti che, al momento della presentazione della domanda di cui all'**allegato A, parte integrante del presente avviso**, posseggano i seguenti requisiti:

- residenti nel territorio dell'Azienda socio-sanitaria locale n. 7 del Sulcis Iglesiente
- amputati di arto e/o affetti da paraparesi o paraplegia o tetraparesi;
- invalidi civili o in attesa di riconoscimento, se maggiorenni;
- in fascia di età compresa tra i 10 (dieci) e i 64 (sessantaquattro) anni compresi;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- praticanti, o in grado di praticare, attività motorie o sportive amatoriali individuali come attestato da certificato di idoneità allo svolgimento di attività ludico motorie sportive, rilasciato da medico specialista in medicina dello sport dipendente/convenzionato con il sistema sanitario regionale utilizzando il modulo di cui all'**allegato B** parte integrante del presente bando. La produzione del certificato è ad onere dell'assistito.

Ogni possibile beneficiario può richiedere un solo dispositivo medico oggetto del bando.

In caso di amputazione bilaterale di arto, è possibile richiedere più componenti protesici nell'ambito della stessa fornitura.

#### **A.4 Carattere sperimentale dell'iniziativa**

In considerazione del carattere sperimentale dell'iniziativa (articolo 1, D.M. 22 agosto 2022):

- in caso di domande per un importo complessivo previsto superiore allo stanziamento, è redatta apposita graduatoria aziendale in base all'ISEE 2023;
- in caso di parità di ISEE 2023, è data priorità al beneficiario più giovane.

È facoltà della singola Azienda sanitaria destinare eventuali residui dell'importo complessivo assegnato, alla erogazione di un contributo di importo inferiore a quello previsto a favore dell'ultimo beneficiario in posizione utile in graduatoria.

Si precisa inoltre quanto segue:

- per ogni codice di dispositivo medico oggetto dell'avviso pubblico, sarà corrisposto un importo massimo, a titolo di contributo, facendo riferimento all'allegato 1 del D.M. 22 agosto 2022;
- i dispositivi medici oggetto dell'avviso pubblico, acquistati dal beneficiario, sono di sua proprietà;
- non è prevista la sostituzione, ed eventuali riparazioni - anche di singole componenti oggetto della sperimentazione - sono a carico del beneficiario;
- il dispositivo medico prescritto tra quelli oggetto dell'avviso pubblico non è rilevante rispetto ai tempi minimi di rinnovo di ausili/protesi ordinarie (non specificamente finalizzate allo svolgimento di attività motorie o sportive amatoriali) eventualmente fornite con costi a carico del S.S.R., ai sensi del D.M. n. 332/1999 e/o del D.P.C.M. 12.01.2017;
- il beneficiario, in posizione utile in graduatoria, è soggetto a valutazione da parte del/i prescrittore/i appositamente individuato/i dall'Azienda sanitaria ai fini della prescrizione, in base agli specifici codici ISO indicati dall'allegato 1 del D.M. 22 agosto 2022. In esito alla valutazione il/i prescrittore/i compila/no lo specifico modulo previsto dall'**allegato 2 del D.M. 22 agosto 2022**;
- gli specifici codici ISO indicati dall'allegato 1 del D.M. 22 agosto 2022 potranno integrare i codici ISO di cui al D.M. n. 332/1999 e al D.P.C.M. 12.01.2017;
- successivamente il/i prescrittore/i effettua il monitoraggio degli esiti dell'intervento compilando il format di cui all'**allegato C** parte integrante del presente bando;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- il beneficiario si deve rendere disponibile a partecipare al suddetto monitoraggio secondo i tempi previsti dal presente avviso pubblico.

#### **A.5 Soggetto gestore**

L'Azienda sanitaria svolge compiti di istruttoria delle domande, di verifica dei requisiti e di liquidazione dei contributi nei limiti del budget assegnato.

#### **A.6 Dotazione finanziaria**

Le risorse per sostenere l'erogazione dei contributi oggetto dell'avviso pubblico sono pari a complessive € 145.107,00 per tutte le ASL della Regione Sardegna, ripartite sulla base della popolazione residente appartenente alla fascia di età 10-64 anni, come risultante dai dati demografici ISTAT all'1.1.2020, e pertanto per la ASL n. 7 sono pari a € 10.583

### **B. CARATTERISTICHE DELL'AGEVOLAZIONE**

#### **B.1 Caratteristiche dell'agevolazione**

La presente agevolazione è finalizzata ad estendere le abilità della persona disabile e a migliorare la sua qualità di vita, mediante l'erogazione di un contributo economico a sostegno delle spese di acquisto per il dispositivo medico prescritto tra quelli oggetto dell'avviso pubblico, per lo svolgimento di attività motorie o sportive amatoriali individuali.

Il contributo è a fondo perduto ed è finanziato tramite risorse proprie della Regione Sardegna.

### **C. FASI E TEMPI DEL PROCEDIMENTO**

#### **C.1 Presentazione delle domande**

Le domande di partecipazione, a partire dalle ore 12:00 del 01/07/2023, dovranno essere presentate mediante la mail. [protocollo@pec.aslsulcis.it](mailto:protocollo@pec.aslsulcis.it)

La domanda va presentata dal cittadino mediante l'apposito modulo di cui all'allegato A, parte integrante del presente avviso pubblico, corredato di: certificato del medico dello sport - redatto utilizzando l'allegato B parte integrante del presente avviso pubblico - e modello ISEE 2023.

#### **C.2 Istruttoria**

##### **C.2.a Verifica di ammissibilità delle domande**

La prima fase dell'istruttoria formale è finalizzata a verificare la sussistenza dei requisiti di ammissibilità dei soggetti sulla base dei requisiti previsti per i beneficiari di cui al paragrafo A.3. Sui requisiti autocertificati, l'Azienda sanitaria effettua i controlli.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Il procedimento di valutazione ed ammissione da parte delle Aziende sanitarie si conclude entro 30 giorni dal termine ultimo stabilito nell'avviso pubblico per la presentazione delle domande. Tale termine si interrompe nel caso di necessità di ulteriori elementi indispensabili al fine della valutazione da parte dell'Azienda sanitaria stessa.

### **C.2.b Valutazione delle domande**

La seconda parte dell'istruttoria prevede la valutazione di tipo clinico-funzionale e un esame di natura economico-finanziaria.

Gli istanti che risulteranno in posizione utile nella graduatoria provvisoria saranno soggetti alla valutazione seguente:

- visita da parte di un medico specialista competente per disabilità, che a seguito della valutazione clinico-funzionale provvederà, per i soggetti ritenuti idonei, a redigere il modulo di prescrizione di cui all'allegato 2 del D.M. 22 agosto 2022 per la fornitura dei dispositivi riportati nell'elenco allegato 1 al D.M. citato.

È responsabilità dell'Azienda sanitaria comunicare ai destinatari gli esiti finali del procedimento.

### **C.2.c Concessione dell'agevolazione e comunicazione degli esiti dell'istruttoria**

L'Azienda sanitaria, dopo aver valutato l'ammissibilità delle domande, stabilisce la graduatoria provvisoria e, in base alla Tabella di cui all'allegato 1 del D.M. 22 agosto 2022, il contributo assegnabile ai singoli richiedenti sulla base della tipologia di dispositivo medico necessario.

L'esito dell'istruttoria sarà comunicato soltanto agli interessati che saranno in posizione utile nella graduatoria provvisoria, attraverso il sito aziendale.

## **C.3 Modalità e adempimenti per l'erogazione dell'agevolazione**

### **C.3.a Adempimenti per l'erogazione del contributo**

Nel caso di ammissione, andrà presentato quanto segue:

- l'allegato 2 del D.M. 22 agosto 2022 compilato in tutte le sue parti: prescrizione del dispositivo medico da parte del medico specialista con il relativo collaudo avente esito positivo e la data di appuntamento del primo follow-up;
- la fattura, o la ricevuta fiscale della spesa sostenuta con data successiva alla prescrizione.

**La presentazione delle integrazioni documentali, comprovanti la spesa sostenuta, deve avvenire entro e non oltre il 30 novembre 2023, a pena di esclusione.**

### **C.3.b Modalità e tempi di erogazione dell'agevolazione**

Il contributo viene erogato al richiedente da parte dell'Azienda sanitaria in un'unica soluzione.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## **D. DISPOSIZIONI FINALI**

### **D.1 Decadenze, revoche, rinunce dei soggetti beneficiari**

In caso di inosservanza ed inadempienza delle disposizioni, delle prescrizioni e di tutti gli obblighi, l'Azienda sanitaria si riserva di dichiarare la decadenza dal beneficio e non liquiderà il contributo oppure, se le somme saranno già state erogate, provvederà alla revoca e all'adozione di azioni di recupero/compensazione delle somme indebitamente percepite.

### **D.2 Ispezioni e controlli**

Ai fini dell'ammissibilità l'Azienda sanitaria identifica, a campione, le domande su cui effettuare i relativi controlli relativamente ai requisiti autocertificati.

Ove opportuno l'Azienda sanitaria si riserva la facoltà di richiedere ai beneficiari i chiarimenti e le integrazioni che si rendessero utili ai fini di valutare l'efficacia dell'intervento.

I soggetti beneficiari sono tenuti a rispondere nei termini e nei modi di volta in volta indicati dagli uffici aziendali competenti.

### **D.3 Responsabile del procedimento**

Il responsabile del procedimento è individuato nei Direttori dei Distretti, ciascuno per le pratiche relative al territorio di competenza: Dott Aldo Atzori (Distretto di Carbonia); Dott. Carlo Murru (Distretto di Iglesias); Dott.ssa Maria Assuntina Caboni (Distretto Isole)

### **D.4 Trattamento dati personali**

In attuazione del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003, Regolamento UE n. 2016/679 e D.Lgs. n. 101/2018), si rimanda all'Informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'Allegato (v. modello di informativa predisposto in calce al modello di avviso).

### **D.5 Diritto di accesso agli atti**

Il diritto di accesso agli atti relativo all'avviso pubblico è tutelato ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi".

### **D.6 Informazioni agli utenti**

---

---

---

---

---



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

#### D.7 Riepilogo date e termini temporali

<b>Fasi</b>	<b>Termini</b>	<b>A carico di</b>
Pubblicazione Avviso pubblico	1 luglio 2023	Azienda
Presentazione delle domande	entro il 31 luglio 2023	Beneficiario
Prescrizione, fornitura, collaudo e fattura	entro il 31 ottobre 2023	Beneficiario
Presentazione delle integrazioni documentali, comprovanti la spesa sostenuta	entro il 30 novembre 2023	Beneficiario
Erogazione del contributo	entro il 31 dicembre 2023	Azienda

#### **Allegati:**

1. Allegato A - schema di domanda;
2. Allegato B - schema per certificazione medico sportiva;
3. Allegato C - schema per l'effettuazione della visita di follow up.

Allegato A

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER IL RICONOSCIMENTO DI CONTRIBUTI ECONOMICI PER L'ACQUISTO DI AUSILI E PROTESI PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SPORTIVE AMATORIALI DESTINATE A PERSONE CON DISABILITÀ FISICA**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A NOME ..... COGNOME .....

NATO/A A ..... IL .....

CODICE FISCALE .....

RESIDENTE A ..... IN ..... CAP .....

Riferimenti per il contatto:

- telefono fisso e/o cellulare (obbligatorio): .....
- mail (obbligatoria): .....@.....

**consapevole delle responsabilità di legge in caso di dichiarazioni non veritiere (\*)**

presenta domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il riconoscimento di contributi per l'acquisto di dispositivi medici per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica, in particolare per l'acquisto del seguente dispositivo medico .....

a beneficio di:

- sé stesso
- persona verso la quale esercita la tutela legale o l'amministrazione di sostegno o della quale ha la responsabilità genitoriale (solo in questi casi, compilare i seguenti campi con i dati del beneficiario):

NOME ..... COGNOME .....

NATO/A A ..... IL .....

CODICE FISCALE .....

RESIDENTE A ..... IN..... CAP .....

A tal fine,

- allega alla domanda la seguente documentazione relativa al beneficiario:
  - a) certificato di idoneità allo svolgimento di attività ludico motorie sportive rilasciato da medico specialista in medicina dello sport dipendente/convenzionato con SSR (Allegato B all'avviso pubblico);
  - b) modello ISEE 2023;
- dichiara che il beneficiario:
  - a) risulta in una o più delle seguenti condizioni cliniche:
    - amputato di arto superiore,  monolaterale  bilaterale;
    - amputato di arto inferiore,  monolaterale  bilaterale;
    - paraparesi/paraplegia;
    - tetraparesi/tetraplegia;



- b)  è in possesso di verbale di invalidità civile (solo se maggiorenne);
  - è in attesa del riconoscimento di invalidità civile (solo se maggiorenne);
- c) richiede il contributo per la pratica della seguente disciplina sportiva.....;
- d) non è affiliato ad alcuna società sportiva;
- e) non ha ottenuto, né richiederà altri contributi pubblici a sostegno delle spese effettuate per l'acquisto dei dispositivi medici oggetto del bando.

Dichiara, inoltre, di accettare le condizioni per l'erogazione del contributo relative a:

- criteri per la predisposizione della graduatoria, come esplicitati nell'avviso pubblico;
- visita medica per la prescrizione del dispositivo presso lo specialista che sarà indicato dall'Azienda;
- procedure di erogazione successive alla prescrizione da concludersi entro il 31 dicembre 2023:
  - 1) contatto con fornitore autorizzato;
  - 2) eventuali procedure di autorizzazione nel caso di contributo per componenti per protesi d'arto;
  - 3) visita medica per collaudo presso lo stesso specialista prescrittore;
  - 4) integrazione della documentazione a corredo della domanda presso l'Azienda Sanitaria con la consegna della fattura o della ricevuta fiscale della spesa sostenuta, regolarmente quietanzate, a seguito di acquisto del dispositivo medico oggetto dell'avviso pubblico;
- partecipazione al follow up a 3 mesi e a 6 mesi, come da appuntamenti che saranno definiti dallo specialista prescrittore.

Al fine della partecipazione all'erogazione del contributo, dichiara, infine:

- di essere consapevole che, qualora le integrazioni non saranno presentate entro i termini di cui all'avviso pubblico, la domanda si intenderà respinta ed il contributo non sarà esigibile;
- che, qualora esso possa essere erogato, lo stesso potrà essere accreditato sul conto intestato a ..... IBAN.....

e fornisce il consenso al trattamento dei dati ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003, Regolamento UE 2016/679 e D. Lgs. n. 101/2018).

\_\_\_\_\_  
(LUOGO E DATA)

\_\_\_\_\_  
(FIRMA)

**(\*) Articolo 76, commi 1, 2 e 3 del d.P.R. n. 445/2000:** “1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. ((La sanzione ordinariamente prevista dal codice penale è aumentata da un terzo alla metà.)) 2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso. 3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.”.

**Avviso pubblico per il riconoscimento di contributi economici per l'acquisto di ausili e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica**

**SCHEMA PER CERTIFICAZIONE MEDICO SPORTIVA**

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_  
IN \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
TEL. \_\_\_\_\_

AZIENDA SANITARIA DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

Si segnala che il paziente dichiara di:

- praticare già attività motorie o sportive amatoriali individuali (dettagliare la disciplina sportiva: \_\_\_\_\_);
- non svolgere attualmente alcun tipo di attività motoria o sportiva amatoriale individuale.

Dettagliare la tipologia di attività motoria o sportiva amatoriale individuale che il paziente dichiara di voler praticare \_\_\_\_\_

**Sulla base della visita da me effettuata certifico che il paziente risulta idoneo allo svolgimento di attività ludico motorie o sportive amatoriali individuali, con adeguato supporto tecnico o protesico. Per soggetti amputati di arto inferiore, certifico che il paziente ha la capacità di praticare attività sportive ed altre attività ad elevato impatto muscolare e fisico (K4).**

NOTE

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

\_\_\_\_\_  
(LUOGO E DATA)

\_\_\_\_\_  
(FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO)

**Avviso pubblico per il riconoscimento di contributi economici per l'acquisto di ausili e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica**

**SCHEMA PER L'EFFETTUAZIONE DELLA VISITA DI FOLLOW-UP**

- A 3 mesi  
 A 6 mesi

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_  
IN \_\_\_\_\_  
AZIENDA SANITARIA DI RESIDENZA \_\_\_\_\_  
DISPOSITIVO MEDICO ACQUISTATO IL \_\_\_\_\_

1. Il dispositivo medico fornito viene utilizzato, con necessità:

- più di 3 volte alla settimana  
 1 o 2 volte alla settimana  
 meno di 2 volte al mese  
 non viene utilizzato (andare direttamente alla domanda 3)

2. Se viene utilizzato, necessità di supporto da parte di terzi?

- Sì  No

3. Se non viene utilizzato, specificare la motivazione:

- dispositivo mai utilizzato  
 interruzione dell'utilizzo perché non adeguato  
 interruzione dell'utilizzo per rottura  
 interruzione dell'utilizzo per furto/smarrimento  
 interruzione dell'utilizzo per perdita di interesse  
 interruzione dell'utilizzo per aggravamento delle condizioni cliniche  
 altro \_\_\_\_\_

La prossima visita di follow-up:

è programmata per il \_\_\_\_\_

non è prevista una nuova visita di follow-up

RIFERIMENTI DEL MEDICO COMPILATORE

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

RECAPITO MAIL \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(DATA)

\_\_\_\_\_  
(FIRMA E TIMBRO)

Far pervenire copia del presente referto a \_\_\_\_\_