



Azienda
U.L.S.S.15
ALTA PADOVANA
Regione del Veneto

Ai Sindaci dei Comuni dell'ULSS 15

Al Direttore U.O.A. Pneumologia

Al Direttore U.O.A. Chirurgia –
Camposampiero e Cittadella

Al Direttore U.O.A. Gastroenterologia

Al Direttore U.O.A. Nefrologia e Dialisi

Al Direttore U.O.A. Pediatria –
Camposampiero e Cittadella

Ai Direttori dei Distretti 1 e 2

Ai Dirigenti Medici dei Presidi di
Cittadella e Camposampiero

Al Responsabile U.O.A. Area Adulti
Anziani

E, p.c.,

Al Direttore Sanitario
Al Direttore dei Servizi Sociali
Loro Sedi

Camposampiero 04 02 2013

Prot. n.10433

Oggetto: bonus energia – certificazioni

L'art. 1, comma 375 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, reca norme per le compensazioni della spesa sostenuta per la fornitura di energia elettrica per i clienti domestici economicamente disagiati nonché per i **clienti domestici in grave condizione di salute, tale da richiedere l'utilizzo di apparecchiature medicoterapeutiche necessarie per l'esistenza in vita** e alimentate ad energia elettrica.

La norma è stata poi oggetto di provvedimenti di dettaglio da parte del Ministero dello Sviluppo Economico e dell'Autorità per l'Energia Elettrica e il Gas, anche nel corso del 2012, a valere tuttavia dal 1.01.2013.

Si ribadisce che **la redazione del certificato compete al Servizio prescrivente l'utilizzo delle varie apparecchiature o allo specialista ULSS 15 di riferimento in considerazione della peculiarità delle varie situazioni cliniche**, che sono valutabili solo dagli specialisti di branca.

Si ritiene, al fine di contenere i percorsi per i pazienti, opportuna la redazione del certificato da parte del Servizio prescrivente l'utilizzo delle varie apparecchiature o dallo specialista ULSS15 di riferimento.

Sarà necessario che i pazienti si rechino solo presso il Servizio ULSS15 che ha prescritto le apparecchiature o dagli specialisti ULSS15 che li hanno in carico, i quali redigeranno la certificazione su carta intestata ULSS15 secondo il modello allegato, predisposto su facsimile fornito dall'Autorità per l'Energia e il Gas.

I pazienti, ottenuto direttamente il certificato, potranno portarlo al Comune di domicilio, unico responsabile per la definizione –diretta o indiretta tramite CAAF- della pratica.

Distinti saluti.

Dott. Luciano Pullano Colao

Dipartimento di Prevenzione SERVIZIO MEDICINA LEGALE E NECROSCOPICA Responsabile dott. Luciano Pullano Colao
Centro Servizi Socio Sanitari " Guido de Rossignoli" via Cao del Mondo 1 35012 Camposampiero Pd
T. (+39) 049 9822110 Fax (+39) 049 9822114 direzione_ml@ulss15.pd.it

Certificazione ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del Decreto interministeriale 28 dicembre 2007 recante "Determinazione dei criteri per la definizione delle compensazioni della spesa sostenuta per la fornitura di energia elettrica per i clienti economicamente svantaggiati e per i clienti in gravi condizione di salute" e del Decreto Ministeriale 13 gennaio 2011 "Individuazione delle apparecchiature medico-terapeutiche alimentate ad energia elettrica necessarie per il mantenimento in vita di persone in gravi condizioni di salute"

SI CERTIFICA CHE

il/la signor _____, codice fiscale _____,
domicilio situato in Comune _____ (prov. __) via/piazza _____ n° _____,

è persona in gravi condizioni di salute tali da richiedere l'utilizzo presso il proprio domicilio di apparecchiature medico terapeutiche necessarie per la sua esistenza in vita e alimentate ad energia elettrica. Indicare all'elenco sottostante. Ai fini di cui all'oggetto è necessario indicare per ciascuna apparecchiature il numero di ore medie giorno di utilizzo.

Funzioni/Apparecchiature	ore al giorno		
	fino a 8 ore	tra 8 e 16 ore	oltre 16 ore
FUNZIONE CARDIO RESPIRATORIA			
1. apparecchiature per pressione positiva continua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ventilatori polmonari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. polmoni d'acciaio			<input type="checkbox"/>
4. tende per ossigeno terapia			<input type="checkbox"/>
5. concentratori di ossigeno fissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. concentratori di ossigeno portatili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. aspiratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. monitor multiparametrici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si certifica che l'uso di tali apparecchiature (medico-terapeutiche necessarie per la sua esistenza in vita e alimentate a energia elettrica) ha avuto inizio in data ____/____/____

Luogo, data

Firma e Timbro Medico

Funzioni/Apparecchiature	ore al giorno		
	fino a 8 ore	tra 8 e 16 ore	oltre 16 ore
FUNZIONE RENALE			
10. apparecchiature per la dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. apparecchiature per emodialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si certifica che l'uso di tali apparecchiature (medico-terapeutiche necessarie per la sua esistenza in vita e alimentate a energia elettrica) ha avuto inizio in data ____/____/____

Luogo, data

Firma e Timbro Medico

Funzioni/Apparecchiature	ore al giorno		
	fino a 8 ore	tra 8 e 16 ore	oltre 16 ore
FUNZIONE ALIMENTARE			
12. nutripompe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. pompe d'infusione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. pompe a siringa*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si certifica che l'uso di tali apparecchiature (medico-terapeutiche necessarie per la sua esistenza in vita e alimentate a energia elettrica) ha avuto inizio in data ____/____/____

Luogo, data

Firma e Timbro Medico

L'utente utilizza inoltre i seguenti ausili indispensabili nella pratica terapeutica domiciliare. (Parte da compilare **solo** in caso di contemporaneo utilizzo di almeno una apparecchiatura per le funzioni cardiorespiratoria, renale o alimentare)

AUSILI

15. carrozzine elettriche	<input type="checkbox"/>
16. sollevatori mobili	<input type="checkbox"/>
17. sollevatori mobili a sedili elettrici sollevatori mobili a barella elettrici	<input type="checkbox"/>
18. sollevatori fissi a soffitto	<input type="checkbox"/>
19. sollevatori per vasca da bagno	<input type="checkbox"/>
20. materassi antidecubito	<input type="checkbox"/>

Luogo, data

Firma e Timbro Medico