

Dal 1° gennaio 2013, il bonus per disagio fisico è articolato in tre fasce (minima, media e massima) in funzione delle apparecchiature elettromedicali in uso presso il malato per il suo mantenimento in vita e della loro intensità di utilizzo giornaliero. La fascia minima corrisponde al livello di bonus erogato fino al 31-12-2012. La nuova metodologia ha l'obiettivo di parametrare lo sconto in bolletta in modo più prossimo al costo sopportato dal richiedente per l'elettricità consumata dalle apparecchiature salvavita.

Per ottenere il bonus corrispondente alla apparecchiature utilizzate, il cliente deve presentare la domanda di ammissione al bonus al proprio Comune, corredata da una nuova certificazione delle ASL (il nuovo MODULO D - scaricabile dal sito [http://www.autorita.energia.it/it/bonus\\_sociale.htm](http://www.autorita.energia.it/it/bonus_sociale.htm)) che attesti quali apparecchiature il malato utilizza per supporto vitale e per quante ore giornaliero. Il Modulo D riporta l'elenco di tutte le apparecchiature dell'elenco del decreto del Ministro della salute.

Sulla base di queste informazioni e di una serie di dati tecnici relativi al consumo medio orario di ciascuna famiglia di apparecchiature (tabella 5 dell'Allegato A alla delibera 350/12 già citata.) il sistema informatico SGate (che gestisce le agevolazioni tariffarie sul territorio nazionale) può automaticamente stabilire il livello di bonus a cui il cliente ha diritto.

**Il cliente che oggi presenti la domanda sulla base di una certificazione della ASL non conforme al nuovo MODULO D può solo ottenere il bonus di fascia minima.**

Inoltre, è previsto che chi alla data del 31/12/12 già percepiva il bonus per disagio fisico potrà chiedere l'adeguamento retroattivo degli importi, purché presenti domanda di variazione tra il 1° gennaio ed il 30 aprile 2013 corredata da un certificato ASL conforme al nuovo MODULO D, senza tale certificato, manterrà in bonus, ma non avrà diritto alla rivalutazione retroattiva.

**Ne consegue che è di grande importanza che le ASL utilizzino il nuovo modulo di certificazione, affinché i cittadini ottengano il giusto beneficio.**

**Tale modulo deve essere compilato dalla ASL in tutte le sue parti e sostituisce quello utilizzato per la medesima finalità fino a dicembre 2012.**

Per qualsiasi chiarimento Vi rimandiamo al nostro sito, nella parte dedicata al bonus per gravi condizioni di salute ([http://www.autorita.energia.it/it/schede/C/faq-bonus\\_salute.htm](http://www.autorita.energia.it/it/schede/C/faq-bonus_salute.htm)) dove, fra le altre informazioni è anche presente un simulatore che consente di effettuare ai potenziali richiedenti un calcolo approssimativo del bonus a cui possono avere diritto in base alla apparecchiature utilizzate.

Gli uffici della Direzione Consumatori e Utenti dell'Autorità sono altresì disponibili a fornire ogni ulteriore chiarimento sulle modalità di calcolo del bonus a partire dalle informazioni contenute nel MODULO D (e-mail: [consumatori@autorita.energia.it](mailto:consumatori@autorita.energia.it)), mentre per chiarimenti strettamente attinenti la sfera della certificazione vi rinviamo al Decreto del Ministro della salute del gennaio 2011 e agli organi competenti in materia.

[Fac-simile]

MODULO D

Azienda Asl \_\_\_\_\_  
Regione \_\_\_\_\_  
Servizio \_\_\_\_\_

Oggetto: 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 \_\_\_\_\_,  
(Cognome) (Nome)

codice fiscale \_\_\_\_\_

domicilio situato in Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) via/piazza  
\_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_

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 indicate 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	Fino a 8 ore al giorno	Tra 8 ore e 16 ore al giorno	Oltre 16 ore al giorno
<b>FUNZIONE CARDIO RESPIRATORIA</b>			
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"/>
9. pulsossimetri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FUNZIONE RENALE</b>			
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"/>
<b>FUNZIONE ALIMENTARE</b>			
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"/>

\*funzionamento a batterie non ricaricabili

AUSILI

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 15. carrozzine elettriche   | <input type="checkbox"/> |
| 16. sollevatori mobili  | <input type="checkbox"/> |
| 17. sollevatori mobili a sedili elettrici<br>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"/> |

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

---

(Luogo, data) (Firma e Timbro)