



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Servizio Sanitario – Regione Sardegna  
ASL \_\_\_\_\_

Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA
Modello di Prescrizione Specialistica

☐ **Assistito – Dati anagrafici**

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

ETÀ: \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

(se indirizzo diverso da residenza)

Domicilio in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

☐ **Valutazione della disabilità e programma riabilitativo (PRAI)**

Diagnosi clinica

☐ **Valutazione del deficit**

---

---

---

☐ **Valutazione funzionale e abilità residue**

---

---

---

☐ **Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare**

---

---

---

☐ **Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto**

---

---

---

☐ **Tempi di impiego previsti**

---

---

---



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

☐ **Presidi Proposti**

Descrizione Presidio	Codice Tariffario	Codice ISO	Livello di incontinenza°	Quantità

\*Livelli di incontinenza: lieve – medio – grave - gravissimo

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 17 del DPCM 12 gennaio 2017 per omogeneità funzionale, apporre la dicitura **“riconducibile per omogeneità funzionale”**

**In caso di fornitura successiva alla prima indicare:**

**a** se trattasi di fornitura che **ha superato** i tempi minimi di rinnovo ed è

- ☐ guasto    ☐ rotto    ☐ usurato  
☐ data dell'ultima fornitura \_\_\_\_\_  
☐ dichiaro che non è convenientemente riparabile

**b** se trattasi di fornitura che ha **non superato** i tempi minimi di rinnovo

(condizioni di cui al co. 10 dell'art. 18 del DPCM 12 gennaio 2017)

- trattasi di presidio:    ☐ guasto    ☐ rotto    ☐ usurato  
☐ sostituzione componenti usurate

☐ Altro \_\_\_\_\_

☐ dichiaro che non è convenientemente riparabile

(condizioni di cui al co. 10 dell'art. 18 del DPCM 12 gennaio 2017)

- ☐ modifica dello stato psico-fisico (allegare relazione dettagliata)  
☐ particolari necessità terapeutiche (allegare relazione dettagliata)

**c** se trattasi di minore di anni 18



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- ☐ rinnovo dovuto ad esigenze correlata all'età evolutiva
- ☐ rinnovo non dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva ma ai casi di cui sopra (indicare)

*Situazione dell'avente diritto*

*Lettera a* dell'art. 18, comma 1 del DPCM 12 gennaio 2017

- ☐ **invalido già riconosciuto** (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)

*Lettera b* dell'art. 18, comma 1 del DPCM 12 gennaio 2017

- ☐ **minori di anni 18** che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di un'invalidità grave e permanente

*Lettera c* dell'art. 18, comma 1 del DPCM 12 gennaio 2017

- ☐ **invalido già riconosciuto** (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto) **affetto da gravissime patologie evolutive o degenerative** che hanno determinato menomazioni permanenti insorte in epoca successiva al riconoscimento dell'invalidità, in relazione alle medesime menomazioni, accertate dal medico specialista (lettera c dell'art. 18, comma 1 del DPCM 12 gennaio 2017)

*Lettera d* dell'art. 18, comma 1 del DPCM 12 gennaio 2017

- ☐ **istante in attesa di riconoscimento dell'invalidità** in cui siano state accertate, dalle competenti commissioni mediche, menomazioni che, singolarmente, per concorso o coesistenza, comportano una riduzione della capacità lavorativa superiore a un terzo, in relazione alle suddette menomazioni risultanti dai verbali di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 15 ottobre 1990, n. 295

*Lettera e* dell'art. 18, comma 1 del DPCM 12 gennaio 2017

- ☐ **istante in attesa di accertamento dell'invalidità** per il quale il medico specialista prescrittore attesti la necessità e urgenza di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio per la tempestiva attivazione di un piano riabilitativo assistenziale, in relazione alle menomazioni certificate ai fini del riconoscimento dell'invalidità.

*Lettera f* dell'art. 18, comma 1 del DPCM 12 gennaio 2017

- ☐ **paziente ricoverato in una struttura sanitaria accreditata**, pubblica o privata, per le quali il medico responsabile dell'unità operativa certifichi la presenza di una menomazione grave e permanente e la necessità e l'urgenza dell'applicazione di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della dimissione, per l'attivazione tempestiva o la conduzione del piano riabilitativo assistenziale. Contestualmente alla fornitura della protesi o dell'ortesi deve essere avviata la procedura per il riconoscimento dell'invalidità.

*Lettera g* dell'art. 18, comma 1 del DPCM 12 gennaio 2017

- ☐ **paziente amputato d'arto**
- ☐ **paziente con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria ovvero che abbiano subito un intervento di**



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**mastectomia**

- ☐ **paziente che ha subito intervento demolitore dell'occhio**

*Lettera h* dell'art. 18, comma 1 del DPCM 12 gennaio 2017

- ☐ **paziente affetto da malattia rara** (allegato 7 DPCM 12 gennaio 2017)

Data \_\_\_\_\_

Lo Specialista

\_\_\_\_\_