**PERSONE IN CONDIZIONI DI DIPENDENZA VITALE**

***- solo per condizione alla lettera i -***

**CERTIFICAZIONE CLINICO-FUNZIONALE** \*

*\*(redatta dal Medico specialista di struttura pubblica o privata accreditata e solo in via eccezionale da Struttura Sociosanitaria accreditata con ATS)*

**Il Dr./dr.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ai fini della presentazione, da parte dell’assistito, della domanda di valutazione multidimensionale integrata che verrà effettuata dall’équipe dell’ASST competente, ai sensi della DGR n. XII/3719/2024

**dichiara**

che il/la Sig./Sig.ra

nato/a a il

è affetto/a da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e che per la sua specifica condizione clinica necessita (\*) di:

* **A)** **continuità dell’assistenza** (ovvero se la persona fosse lasciata sola sarebbe esposta a pericoli sostanziali di vita) resa da:
* solo da famigliari
* da famigliari e supporto assistente familiare
* solo con supporto di assistente familiare
* **B) monitoraggio delle condizioni di salute (parametri vitali) della persona e/o delle apparecchiature nell’arco delle 24 ore** da parte di:
* operatori sanitari, dei servizi pubblico o privato accreditato, quali MMG/PDF oppure operatore dell’ADI, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* caregiver familiare/assistente personale, debitamente addestrati e supervisionati almeno settimanalmente da personale sanitario, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Presenta inoltre le seguenti compromissioni:(\*\*)**

**①** In **almeno una** delle condizioni sotto elencate:

(barrare la casella corrispondente)

* **MOTRICITÀ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⮚ Dipendenza totale in tutte le ADL: l’attività è svolta completamente da un’altra persona | si | no |

* **STATO DI COSCIENZA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⮚ Compromissione severa: raramente/mai prende decisioni | si | no |
| ⮚ Persona non cosciente | si | no |

**➁ E** in **almeno una** delle seguenti:

* **RESPIRAZIONE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⮚ Necessita di aspirazione quotidiana | si | no |
| ⮚ Presenza tracheostomia | si | no |
| ⮚ Presenza ventilazione assistita (per 7gg/settimana) *(certificata da Specialista medico)***N° ore/die \_\_\_\_\_\_\_\_\_ per 7 giorni/settimana** | si | no |

* **NUTRIZIONE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⮚ Necessita di modifiche dietetiche per **deglutire sia solidi che liquidi** *in quanto*  *presente* ***doppia disfagia*** *(certificata da Specialista medico o da altra documentazione sanitaria)* | si | no |
| ⮚ Combinata orale e enterale/parenterale | si | no |
| ⮚ Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG) | si | no |
| ⮚ Solo tramite gastrostomia (es. PEG) | si | no |
| ⮚ Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)  | si | no |

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

 (LUOGO E DATA) (FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO SPECIALISTA)

**La condizione, al fine della presentazione della domanda è che l’assistito presenti sia:**

* **(\*)** le necessità di cui alle lettere A e B (in assenza del bisogno di assistenza continuativa e di monitoraggio nelle 24 ore non è riconosciuta la condizione di dipendenza vitale)
* **(\*\*)** almeno due compromissioni, una per ciascun dominio, (di cui al punto **①** e al punto **➁** del presente modulo)**,** ad **eccezione** di coloro che versano nelle condizioni sotto riportate, per le quali è sufficiente un’unica condizione :
1. nel dominio della “respirazione” **ventilazione assistita** (invasiva o non invasiva) per almeno 16 ore/die per 7gg alla settimana;
2. nel dominio della “NUTRIZIONE” in **alimentazione parenterale attraverso catetere venoso centrale**
* **in caso di minore in età evolutiva indicare la valutazione correlata all'età fisiologica**