

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 6320/26 e s.m.i

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

② **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 ② 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**