

**PERSONE IN CONDIZIONI DI DIPENDENZA VITALE**  
- solo per condizione alla lettera i -

**CERTIFICAZIONE CLINICO-FUNZIONALE \***

\*(redatta solo dal Medico specialista di struttura pubblica o privata accreditata)

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. XI/4138/2020,

**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
  - caregiver familiare/assistente personale, debitamente addestrati e supervisionati almeno settimanalmente da personale sanitario

**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 <b>deglutire sia solidi che liquidi</b> in quanto presente doppia disfagia (certificata da Specialista medico)	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)

**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**