Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Valcamonica

DOMANDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE A FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ PER AMMISSIBILITÀ ALLA MISURA B1 (FNA 2019)

ai sensi della DGR n. 2720/2019 e n. 2862/2020

Spett. le
ASST della Valcamonica
Unità di Valutazione
Via Nissolina, 2
25043 Breno (BS)

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (_____) il _____/_____/_____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) cap _____

in via/pza _____ n° _____

☐ in qualità di diretto interessato

oppure

(da compilarsi fino a "CHIEDE" solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona con disabilità gravissima)

Nel caso la persona affetta da gravissima disabilità versi in uno stato di impedimento permanente in qualità di**:**

☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno ☐ procuratore

indicare estremi del provvedimento di nomina: _____

Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia un minore in qualità di genitore in possesso della responsabilità genitoriale:

☐ in via esclusiva

☐ in modo congiunto,

genitore 1 _____ (nome e cognome)

genitore 2 _____ (nome e cognome)

(N.B.: nel caso responsabilità genitoriale sia esercitata in modo congiunto è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore)

Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia temporaneamente impedita a sottoscrivere la domanda:

☐ in qualità di coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (indicare relazione di parentela:_____)

(N.B.: in questo caso è necessario rendere una dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000, compilando il ***modello 1*** *di fronte ad un pubblico ufficiale/incaricato pubblico servizio)*

del/la Sig./Sig.ra affetto/a gravissima disabilità:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (_____) il _____/_____/_____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (___) cap _____

via/p.za _____ n° _____

CHIEDE la valutazione multidimensionale

ai sensi della DGR 2720/2019 e 2862/2020 per**:**

- ☐ la **PROSECUZIONE** (se già in carico)
- ☐ il **RICONOSCIMENTO** (primo accesso)

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

che la persona in condizioni di gravissima disabilità:

1. è residente in Regione Lombardia da almeno due anni (dalla data di presentazione della domanda)

   ovvero in caso di minore con disabilità nato in Italia con età inferiore ai 2 anni

   il genitore _____ (cognome e nome) è residente in Lombardia

   da almeno 2 anni (dalla data di presentazione della domanda)

2. è domiciliata nel Comune di _____ (prov. _____) in

   via/p.za _____ n° _____

3. è beneficiaria di indennità di accompagnamento o definita in condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013

4. si trova al momento della presentazione della domanda **a domicilio** e in una delle **condizioni** previste nell'elenco sotto riportato (ex art. 2 DPCM del 27.11.2017):

   (barrare la voce interessata)

- ☐ **A.** persone in **condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima** Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)<=10;
- ☐ **B.** persone **dipendenti da ventilazione meccanica assistita** o non invasiva continuativa (24 ore 7 giorni su 7);
- ☐ **C.** persone con **grave o gravissimo stato di demenza** con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)>=4;
- ☐ **D.** persone con **lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura**, con livello della lesione, identificata sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- ☐ **E.** persone con **gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare**, valutate con la scala, tra le seguenti, appropriata in relazione alla patologia: Medical Research Council (MRC) con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti, Expanded Disability Status Scale (EDSS) con punteggio alla ≥ 9, Hoehn e Yahr mod in stadio 5;
- ☐ **F.** persone con **deprivazione sensoriale complessa** intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 ad entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- ☐ **G.** persone **con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico** ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

☐ **H.** persone con **diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo** secondo classificazione DSM-5, con QI<=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) <= 8;

☐ **I.** ogni altra persona **in condizione di dipendenza vitale** che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, 7 giorni su 7, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

5. necessita a domicilio di assistenza continuativa nelle 24 ore da parte di uno o più caregiver

6. individua come **caregiver familiare** il/la sig./ra _____ (cognome e nome)

_____ (specificare grado di parentela o vicinanza e allegare il documento di identità) Codice Fiscale _____ che dedica _____ **ore al giorno** alla funzione di caregiver che svolge le seguenti attività di sorveglianza attiva e assistenza diretta come di seguito specificate:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

7. si avvale di **personale di assistenza** (per assistenza tutelare ad es. badante, ausiliario socio assistenziale – es. ASA/OSS -, assistente personale, assistente familiare iscritto al Registro Assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015, babysitter, educatore.....) <u>regolarmente assunto</u>:

☐ NO

☐ SI, come da <u>contratto - o altra documentazione di cui alla dgr 2720/2019 e 2862/2020 - allegati</u>:

- ☐ Tempo pieno (_____ totale ore settimanali)
- ☐ Part-time (_____ totale ore settimanali)
- ☐ < 25 ore settimanali (_____ totale ore settimanali)

con validità dal _____ a _____
(inserire data inizio) *(inserire data di fine, se prevista, o dicitura "tempo indeterminato")*

Inoltre essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalla DGR n. 2720 del 23/12/2019 e 2862/2020 e delle <u>incompatibilità</u> di questi con la fruizione di alcuni servizi ed interventi del complessivo sistema d'offerta

DICHIARA
che la persona in condizione di gravissima disabilità <u>attualmente</u>:

8. <u>FREQUENTA</u> **servizi prima infanzia** ☐ NO ☐ SI
per un totale ore _____ settimana (come da dichiarazione del servizio)

9. <u>FREQUENTA</u> la **scuola** (tutti i gradi fino alla scuola media superiore) ☐ NO ☐ SI
per un totale ore _____ settimana (come da dichiarazione della scuola)

10. <u>È INSERITA in una **Unità d'offerta residenziale**</u> socio-sanitaria o sociale ☐ NO ☐ SI
(es. Residenza Sanitario assistenziale per Anziani, Residenza Sanitario Assistenziale per Disabili, Comunità Alloggio sociosanitaria, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima

disabilità, Comunità Alloggio Disabili, Comunità Educativa, …)

11. È INSERITA in una **Unità d'offerta semiresidenziale** sanitaria, socio-sanitaria o sociale ☐ NO ☐ SI
(es. Centro Diurno per Disabili, Centro Diurno Integrato per anziani, Riabilitazione in diurno continuo, regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Centro Socio educativo, Sperimentazione riabilitazione minori disabili diurna …)

Se SI, per un totale ore settimanale di _____ (come da dichiarazione della struttura)

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

12. **misura RSA aperta** (ex dgr 7769/2018) ☐ NO ☐ SI

eventuale data di dimissione _____/_____/_____

13. **sostegni DOPO DI NOI** (ex dgr 6674/2017 e 2141/2019) ☐ NO ☐ SI

specificare la tipologia di sostegno _____

14. **misura bonus per assistente familiare** (ex l.r. 15/2015 – DGR n. 914/2018) ☐ NO ☐ SI

15. **voucher anziani** al caregiver di persona non autosufficiente (ex dgr 7487/2017) ☐ NO ☐ SI

16. **misura Home Care Premium/INPS** ☐ NO ☐ SI

specificare la tipologia di sostegno _____

17. **misura B2** (ex DGR n. 2720/2019 e 2862/2020) ☐ NO ☐ SI

eventuale data di dimissione _____/_____/_____

18. è consapevole del fatto che l'effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere documentazione integrativa e l'accesso domiciliare da parte di personale della ASST di residenza;

19. è a conoscenza che l'ATS e l'ASST, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti nonché l'eventuale segnalazione all'Autorità giudiziaria competente;

20. si impegna a comunicare tempestivamente alla ASST di riferimento e alla ATS (Ente erogatore del contributo) qualunque variazione che implichi la sospensione o l'interruzione del contributo mensile secondo quanto previsto dalla dgr 2720/2019 e 2862/2020;

21. di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o non presentazione della documentazione, indicata nella sottostante sezione ALLEGA, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;

22. di aver preso visione dell'informativa all'utenza (modello allegato) relativa alla misura B1

23. di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;

- Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Ente;
- Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher Socio Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- suo medico di famiglia (medico di medicina generale o pediatra).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

A tal fine

ALLEGA

*(tutti i documenti elencati sono **obbligatori** per l'accoglimento della domanda)*

*PER LE **DOMANDE DI PROSECUZIONE**:*

- **modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda ***
  - **modello ISEE socio sanitario (per adulti e anziani)** - compreso quello corrente –
  - **modello ISEE ordinario (per minori)** - compreso quello corrente –
- **copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante** *(si ricorda che in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori)*
- **copia del contratto o del documento con validità fiscale relativo al personale di assistenza** *(se presente)* **e copia del versamento contributi previdenziali** (in caso di personale di assistenza assunto regolarmente)
- **dichiarazione della struttura semiresidenziale** in cui siano indicati la tipologia di posto occupato e il monte ore settimanale *(se frequentante)*
- **dichiarazione del servizio di infanzia e scuola** in cui sia indicato il totale di ore di frequenza settimanale *(se frequentante)*
- **modello 1** *(qualora necessario)*
- **modello 2** comunicazione dati economici (in caso di variazione di quanto a suo tempo comunicato)
- solo per i minori con disturbi dello spettro autistico - lettera g – è necessaria la **certificazione dello Specialista** se quella precedente è stata rilasciata 24 mesi prima)

* *ATTENZIONE* per la definizione dell'istruttoria è possibile presentare copia della vecchia certificazione di ISEE ordinario unendo copia della ricevuta di richiesta al CAF con riserva di produrre la nuova certificazione come richiesto dalla dgr.
In questo caso è necessario compilare e firmare la dichiarazione a pagina 7

*PER LE **DOMANDE DI PRIMO ACCESSO**:*

- **modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda**
  - **modello ISEE socio sanitario (per adulti e anziani)** - compreso quello corrente –
  - **modello ISEE ordinario (per minori)** - compreso quello corrente –
- **copia del verbale di invalidità civile da cui risulti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o** della **dichiarazione di condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013**
- **documentazione sanitaria specialistica,** a seconda della condizione/patologia in cui versa la

persona, redatta dal medico specialista, di struttura pubblica o privata accreditata, che ha in carico l'interessato secondo quanto indicato dall'art. 2 DPCM del 27.11.2017 (sopra riportato); per le condizioni alla "lettera i" allegare alla relazione il **modello 3**

- **copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale dell'interessato** e **del dichiarante** (se diverso dall'interessato)
  (si ricorda che in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori)
- **copia del contratto o del documento con validità fiscale relativo al personale di assistenza** *(se presente)* **e copia del versamento contributi previdenziali** (in caso di personale di assistenza assunto regolarmente)
- **dichiarazione della struttura semiresidenziale** in cui siano indicati la tipologia di posto occupato e il monte ore settimanale *(se frequentante)*
- **dichiarazione del servizio di infanzia e scuola** in cui sia indicato il totale di ore di frequenza settimanale *(se frequentante)*
- **modello 1** (qualora necessario)
- **modello 2** comunicazione dati economici

Ed infine

CHIEDE

che tutti i contatti e le comunicazioni avvengano esclusivamente con:

Cognome _____ Nome _____

via/p.za _____ n° _____

Comune _____ Prov. (____) CAP _____

telefono _____ cell. _____

indirizzo e-mail _____

Luogo e data

_____

Firma (1)

_____
firma del dichiarante

_____
firma dell'altro genitore in possesso della responsabilità genitoriale

(1) nel caso in cui la domanda riguarda un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori.

PER LE SOLE PROSECUZIONI

(da compilare SOLO nel caso in cui la domanda è corredata da "vecchia" documentazione per ISEE e per il personale di assistenza)

Inoltre, ai sensi del DPR n. 455/2000, il sottoscritto _____
(nominativo)

DICHIARA di:

(barrare la voce interessata)

- ☐ aver presentato copia della **vecchia certificazione dell'ISEE** con allegato copia della ricevuta di richiesta al CAF attestante l'appuntamento il giorno____/____/_____ alle ore _____

- ☐ aver presentato copia del **contratto di regolare assunzione** del personale di assistenza **in scadenza** (**o scaduto**) **entro il primo trimestre 2020**

- ☐ **avvalersi** di **personale di assistenza** che **sarà regolarmente impiegato** con una delle tipologie previste dalla dgr 2720/2019 e 2862/2020:
  - ☐ Tempo pieno
  - ☐ Part-time
  - ☐ < 25 ore settimanali

e a tal fine

SI IMPEGNA

a produrre la nuova documentazione quanto prima, e comunque **entro il 31/03/2020**, pena la sospensione del contributo sino al perfezionamento dell'istanza.

_____ _____

data firma del dichiarante

Modello 1

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. n° 445/2000 art.4, comma 2

La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale o *incaricato di pubblico servizio*, previo accertamento dell'identità del dichiarante

Spazio riservato a chi rende la dichiarazione ai sensi dell' art. 4 D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a (cognome)……..……(nome)…….……

Nato/a a (comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo Stato)……..……

prov(…….) il ……/……/……

Residente a…….……prov.(……) via…….……..n……

In qualità di……(coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) del Sig./ra……..……

Nato/a a (comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo Stato)…….……

prov(…….) il ……/……/……

Residente a……prov.(……) via…….……..n……

Attesta l'impedimento del Sig./ra……..……dovuto al suo stato di salute a redigere e sottoscrivere la presente domanda consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Luogo e data

……

Firma del dichiarante

……

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale o incaricato di pubblico servizio

Attesto ai sensi dell'art.30 del D.P.R. 445/2000, che il sig/ra……
ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Luogo e data

……..

Il Pubblico Ufficiale/incaricato di pubblico servizio

……..…..
(nome e cognome e qualifica)

Modello 2

COMUNICAZIONE ESTREMI PER LA LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO MENSILE MISURA B1
(NON POSSIBILE SU LIBRETTI POSTALI)

Il sottoscritto _____, a completamento dell'istanza per l'ammissibilità alla misura B1 a favore di _____,

COMUNICA

gli estremi per la liquidazione del contributo tramite bonifico sul conto corrente identificato dalle seguenti coordinate:

Istituto _____ Agenzia _____

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

dichiarando che il medesimo conto corrente è:

☐ intestato alla persona affetta da disabilità gravissima (senza altri cointestatari)

☐ cointestato alla persona affetta da disabilità gravissima, comunicando di seguito i dati relativi al cointestatario

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

_____

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ **(in caso di soggetto minorenne)** intestato/cointestato ai seguenti genitori

Genitore A

Cognome e nome del intestatario del conto corrente

_____

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Genitore B

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

_____

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data____/____/_____ Firma _____

Modello 3

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. 2720 del 23/12/2019 e smi,

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:(**)

☐ 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	SI	NO

☐ **STATO DI COSCIENZA**

☐ Compromissione severa: raramente/mai prende decisioni	SI	NO
☐ Persona non cosciente	SI	NO

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

Modello 3

☐ **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** *(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 condizioni A e B
- **(**)** almeno due compromissioni, una per ciascun dominio, (di cui al punto □ e al punto □ 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**