

**ALLEGATO A Modulo di Attestazione medica di disabilità gravissima Anno 2023 - approvato con DGR n. 767/2023**

Scheda di Valutazione a Cura del Medico convenzionato per la pediatria di libera scelta, oppure dal medico convenzionato per l'assistenza primaria, che ha in carico il minore assistito/a

Il Dr. \_\_\_\_\_

Ai fini della valutazione della disabilità gravissima del minore di anni 18, che necessita di assistenza nelle 24 ore

**attesta**

che il/la Minore \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

è affetto/a dalla seguente malattia rara: \_\_\_\_\_

codice malattia di esenzione alla partecipazione alla spesa sanitaria \_\_\_\_\_ (Allegato

7 al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 e. s. m. e i)

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

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

(barrare ogni casella Sì - No in esito alla presenza o meno della compromissione evidenziata)

**MOTRICITÀ IN RELAZIONE ALL'ETÀ ANAGRAFICA DEL SOGGETTO**

|   |    |    |
|---|----|----|
| ➤Dipendenza totale in tutte le ADL: l'attività è svolta completamente da un'altra persona | SI | NO |
|---|----|----|

**STATO DI COSCIENZA IN RELAZIONE ALL'ETÀ ANAGRAFICA DEL SOGGETTO**

|  |    |    |
|--|----|----|
| ➤Compromissione severa: raramente/mai prende decisioni | SI | NO |
|--|----|----|

|                        |    |    |
|------------------------|----|----|
| ➤Persona non cosciente | SI | NO |
|------------------------|----|----|

② **E in almeno una** delle seguenti:

(barrare ogni casella Sì - No in esito alla presenza o meno della compromissione evidenziata)

**RESPIRAZIONE**

|                                      |    |    |
|--------------------------------------|----|----|
| ➤Necessita di aspirazione quotidiana | SI | NO |
|--------------------------------------|----|----|

|                         |    |    |
|-------------------------|----|----|
| ➤Presenza tracheostomia | SI | NO |
|-------------------------|----|----|

|                                  |    |    |
|----------------------------------|----|----|
| ➤Presenza ventilazione assistita | SI | NO |
|----------------------------------|----|----|

|                                    |    |    |
|------------------------------------|----|----|
| ➤Necessita di macchina della tosse | SI | NO |
|------------------------------------|----|----|

**NUTRIZIONE**

|   |    |    |
|---|----|----|
| ➤Necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi | 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 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:

nel dominio della "RESPIRAZIONE" **ventilazione assistita** (invasiva o non invasiva);

nel dominio della "NUTRIZIONE" in **alimentazione parenterale attraverso catetere venoso centrale**.

**ALLEGATO A Modulo di Attestazione medica di disabilità gravissima Anno 2023 - approvato con DGR n. 767/2023**

*Scheda di Valutazione a Cura del Medico convenzionato per la pediatria di libera scelta, oppure dal medico convenzionato per l'assistenza primaria, che ha in carico il minore assistito/a*

L'attestazione, compilata **ESCLUSIVAMENTE A CURA** del Medico curante, deve essere completata con l'apposizione del proprio timbro, firma e data. Dovrà essere cura del medico la compilazione del certificato in modo da non consentire malintesi all'atto della verifica da parte degli uffici regionali. Non saranno ritenuti ammissibili certificazioni rilasciate su modelli diversi da quello allegato all'Avviso, prive di data, firma e timbro del medico certificatore o rilasciate prima della data di emanazione dell'Avviso, prive di indicazioni (SI – NO) dove richieste, e contenenti cancellature o sovrascritte.

(\*)La condizione, al fine della presentazione della domanda, è che l'assistito presenti 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 :

nel dominio della "RESPIRAZIONE" **ventilazione assistita** (invasiva o non invasiva);

nel dominio della "NUTRIZIONE" in **alimentazione parenterale attraverso catetere venoso centrale**.