

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVA
(art. 46/47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000)

SPETT.LE COMMISSIONE SANITARIA PROVINCIALE
c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE

AST N. _____

Via _____

Città _____

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA"
(ai sensi del D.M. 26/09/2016)

Il/La sottoscritto/a _____
COGNOME _____ NOME _____

residente a _____ Via _____ n. ____ CAP _____

Codice fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____ email _____

in qualità di:

genitore

familiare

esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di:

_____ COGNOME _____ NOME _____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. ____ CAP _____

Codice fiscale _____

CHIEDE

Che il suddetto venga ammesso alla valutazione per il rilascio della certificazione attestante la condizione alla DGR n. 592/2024.

A tal fine **dichiara:**

di beneficiare _____ o di rientrare
nella _____
dei Ministri n. 159 del 2013;

e di trovarsi almeno in una delle seguenti condizioni:

- 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 (24/7);
- 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 dal livello 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 con bilancio muscolare complessivo _____ *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* _____ *Hoehn e Yahr mod.*;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale _____ eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a _____ 0 decibel HTL di media fra le frequenze _____
- 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 $QI \leq 34$ 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, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.

N.B.: nel caso in cui ricorra la condizione di cui alla lett. i) l'utente dovrà produrre certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che certifichi la condizione di dipendenza psico-fisica inerente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale", secondo l'allegato 2 del DM 26/09/2016 "Altre persone in condizione di dipendenza vitale"

Allega la seguente documentazione:

1. _____ . (Allegare la copia del verbale senza gli OMISSIS, ovvero la copia del verbale dove sono chiaramente specificate le patologie della persona disabile).
2. Certificazione medica specialistica, _____ attestante una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) sopra riportate.
3. Copia fotostatica del documento di riconoscimento della persona che compila la domanda e della persona disabile.

Data _____

FIRMA
