

Al Distretto sanitario ASL Irsina
Mail: irsina.gravissime@gmail.com

CONCESSIONE DI CONTRIBUTI AI NUCLEI FAMILIARI DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIME

Modulo di richiesta di certificazione specialistica

Il/La sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via/piazza _____

n.telefono _____ Mail _____

in qualità di _____ (titolare/familiare/tutore/altro(specificare))

fa domanda di certificazione specialistica

(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

Per il Sig./Sig.ra

Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via/piazza _____

n.telefono _____

per una delle seguenti condizioni (barrare anche lo specialista di riferimento- tab.2)

Condizioni di disabilità gravissima	
Allegato 1A persone dipendenti da ventilazione meccanica invasiva assistita o non invasiva continuativa 24h/die x 7 giorni la settimana;	<input type="checkbox"/>
Allegato 1B persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) \geq 4;	<input type="checkbox"/>
Allegato 1C 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;	<input type="checkbox"/>
Allegato 1D/A e 1D/B persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare (escluse le persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica perché già destinatarie di interventi analoghi di cui alla DGR n. 256/2013) con bilancio muscolare complessivo \leq 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) \geq 9, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;	<input type="checkbox"/>
Allegato 1E persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in 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;	<input type="checkbox"/>
Allegato 1F persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;	<input type="checkbox"/>
Allegato 1G 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 ;	<input type="checkbox"/>
Allegato 2 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.	<input type="checkbox"/>

Tab.2(barrare la casella corrispondente allo specialista di riferimento)

Allegato 1	Specialista		Nominativi
1A	Pneumologo	<input type="checkbox"/>	Dr.ssa Franca Gallo - Ambulatorio via Montescaglioso Matera
	Rianimatore	<input type="checkbox"/>	Medici delle Rianimazioni - PP.OO. Matera e Policoro
1B	Geriatra	<input type="checkbox"/>	Dr. Salvatore Tardi e Dr. Sandro Giannuzzi Ambulatori P.O. Matera
	Neurologo	<input type="checkbox"/>	Dr. Michele Grieco e Dr.ssa Angela Simone Ambulatori P.O. Matera e via Montescaglioso Dr. Giuseppe Santarcangelo - Ambulatorio Distretto Policoro
	Psichiatra	<input type="checkbox"/>	Dr.ssa Giovanna Di Pede Ambulatorio P.O. Matera
1C	Neurochirurgo	<input type="checkbox"/>	//
	Fisiatra	<input type="checkbox"/>	Dr. Eustachio Pisciotta Ambulatori P.O. Matera e Ospedale Distrettuale Tinchì
1D/A e 1D /B	Fisiatra	<input type="checkbox"/>	Dr. Eustachio Pisciotta Ambulatori P.O. Matera e Ospedale Distrettuale Tinchì
	Ortopedico	<input type="checkbox"/>	Dr. Sandro Sangiovanni - Ambulatorio P.O. Matera
	Neurologo	<input type="checkbox"/>	Dr. Giuseppe Grieco e Dr.ssa Angela Simone Ambulatori P.O. Matera e via Montescaglioso Dr. Giuseppe Santarcangelo - Ambulatorio Distretto Policoro
1E	Oculista	<input type="checkbox"/>	Dr.ssa Filomena Anna Mozzarella e Oculisti Distretto di Matera e PP.OO. Matera e Policoro
	Otorinolaringoiatra	<input type="checkbox"/>	Dr. Cosma Antonio e Medici Otorinolaringoiatri Distretto di Matera Ambulatori PP.OO. Matera e Policoro
1F	Neuropsichiatria Infantile	<input type="checkbox"/>	Dr. Andrea Gemma - Ambulatorio P.O. Matera Dr.ssa Marina Commis - Distretto Policoro
1G	Psichiatra	<input type="checkbox"/>	Dr.ssa Giovanna Di Pede Ambulatorio P.O. Matera
	Neurologo	<input type="checkbox"/>	Dr. Giuseppe Grieco e Dr.ssa Angela Simone Ambulatori P.O. Matera e via Montescaglioso Dr. Giuseppe Santarcangelo - Ambulatorio Distretto Policoro
	Neuropsichiatria Infantile	<input type="checkbox"/>	Dr. Andrea Gemma - Ambulatorio P.O. Matera Dr.ssa Marina Commis - Distretto Policoro
Allegato 2	Specialista		Nominativi
2A	Fisiatra	<input type="checkbox"/>	Dr. Eustachio Pisciotta Ambulatori P.O. Matera e Ospedale Distrettuale Tinchì
	Ortopedico	<input type="checkbox"/>	Dr. Sandro Sangiovanni - Ambulatorio P.O. Matera
	Neurologo	<input type="checkbox"/>	Dr. Giuseppe Grieco e Dr.ssa Angela Simone Ambulatori P.O. Matera e via Montescaglioso Dr. Giuseppe Santarcangelo - Ambulatorio Distretto Policoro
2B	Neurologo	<input type="checkbox"/>	Dr. Giuseppe Grieco e Dr.ssa Angela Simone Ambulatori P.O. Matera e via Montescaglioso Dr. Giuseppe Santarcangelo - Ambulatorio Distretto Policoro
2C	Pneumologo	<input type="checkbox"/>	Dr.ssa Franca Gallo - Ambulatorio via Montescaglioso Matera
	Rianimatore	<input type="checkbox"/>	Medici delle Rianimazioni - PP.OO. Matera e Policoro
2D	Nutrizionista	<input type="checkbox"/>	Dr.ssa Carmela Ba nato - Ambulatorio P.O. Matera

(Parte riservata al Distretto Sanitario)

CONTRIBUTI AI NUCLEI FAMILIARI DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIME

La visita specialistica per il Sig./Sig.ra

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via/piazza _____

Codice fiscale _____ n.telefono _____

È prenotata per il giorno _____ alle ore _____

Presso _____

Il Funzionario addetto del Distretto Sanitario
