ALLEGATO B

CERTIFICAZIONE MEDICA SPECIALISTICA
DELLA CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA"
(art. 3 del D.M. 26/09/2016)

Il/La sottoscritto/a Dr./ Dr.ssa _____

in servizio presso[1] _____

CERTIFICA CHE

Il/La Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. ___ CAP _____

E' AFFETTO/A DA PATOLOGIA TALE DA RIENTRARE IN ALMENO UNA[2] 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 (PUNTEGGIO RISCONTRATO:_____);

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 (PUNTEGGIO RISCONTRATO:_____);

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 ≤ 1 ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) ≥ 9 - PUNTEGGIO RISCONTRATO:_____ - o in stadio 5 di *Hoehn* e *Yahr mod.*;

f) 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;

g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

[1] Indicare dove lo specialista opera: struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata.

[2] Possono essere indicate anche più condizioni.

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

i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale (vedi allegato 2, DM 26/09/2016) che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

N.B. Lo specialista deve <u>sempre</u> barrare la voce che ricorre ed indicare, laddove richiesto, il punteggio della scala funzionale accertato, e allegare la stessa.

Data_____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO SPECIALISTA

_____