

ALLEGATO 3 – Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima
Distretto Sociale B di Frosinone

CERTIFICAZIONE SANITARIA ¹
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale 26 settembre 2016
(Compilazione a cura del medico specialista di struttura sanitaria pubblica)

Si certifica che:

il sig./la sig.ra (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

È affetto da (diagnosi) _____

_____ (codice ICD 10) _____

e rientra nelle condizioni di seguito riportate, così come documentate dalle Scale di riferimento allegate:

- 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 _____);
- 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 _____);
- 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 (grado/i _____);
- 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 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod (valori / punteggio / stadio _____);
- 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 (punteggio _____);
- 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 (punteggio _____);
- 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 psicofisiche. ²

Luogo e data _____

Timbro e firma medico specialista struttura pubblica ³

¹ IL CERTIFICATO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE COMPRESA L'INDICAZIONE DEL PUNTEGGIO / GRADO / STADIO DELLA DISABILITA' OVE PREVISTO

² NEL CASO IN CUI LA PATOLOGIA INDICATA RIENTRI NEL PUNTO i) E' NECESSARIO SPECIFICARE LA DIAGNOSI O ALLEGARE UNA CERTIFICAZIONE DALLA QUALE SI EVINCA LA CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA".

³ LO SPECIALISTA DEVE ESSERE COMPETENTE PER LA PATOLOGIA CERTIFICATA