

## Allegato 1A

**Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure Stato di Minima Coscienza (SMC).**

Da compilare a cura dello Specialista di riferimento di struttura pubblica.

Si Certifica che il/la SIGNOR/A

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Affetto/a da \_\_\_\_\_

## GLASGOW COMA SCALE

| A- Apertura degli occhi      | Punteggio |
|------------------------------|-----------|
| <i>Spontanea</i>             | <b>4</b>  |
| <i>Agli stimoli verbali</i>  | <b>3</b>  |
| <i>Al dolore</i>             | <b>2</b>  |
| <i>Nessuna</i>               | <b>1</b>  |
| B- Risposta verbale          |           |
| <i>Orientata appropriata</i> | <b>5</b>  |
| <i>Confusa</i>               | <b>4</b>  |
| <i>Parole inappropriate</i>  | <b>3</b>  |
| <i>Suoni incomprensibili</i> | <b>2</b>  |
| <i>Nessuna</i>               | <b>1</b>  |
| C- Risposta motoria          |           |
| <i>Obbedisce al comando</i>  | <b>6</b>  |
| <i>Localizza il dolore</i>   | <b>5</b>  |
| <i>Retrae al dolore</i>      | <b>4</b>  |
| <i>Flette al dolore</i>      | <b>3</b>  |
| <i>Estende al dolore</i>     | <b>2</b>  |
| <i>Nessuna</i>               | <b>1</b>  |
| <b>PUNTEGGIO TOTALE</b>      |           |

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala soprastante: \_\_\_\_\_

*Criteri di applicazione tabella:*

*La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che riporta un punteggio nella scala Glasgow Coma Scale ((GCS) <=10 ex art. 3 comma 2 lett. a), Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.*

Note.....

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del compilatore \_\_\_\_\_

Allegato 1 B  
Da compilare a cura dello Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il Signor/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
Affetto/a da \_\_\_\_\_

- ☐ È da considerarsi persona dipendente da ventilazione meccanica assistita invasiva
- ☐ È da considerarsi persona dipendente da ventilazione meccanica assistita non invasiva continuativa (24h/die – 7giorni a settimana)

Note.....  
.....  
.....

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del compilatore \_\_\_\_\_

## Allegato 1 C

**Scala per la valutazione della condizione della disabilità gravissima per le persone con grave o gravissimo stato di demenza**

Da compilare a cura del Medico Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il Signor/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Affetto/a da \_\_\_\_\_

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante.....

**La Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa**

|                                    | NORMALE<br><b>CDR 0</b>                                                           | DEMENZA<br>DUBBIA<br><b>CDR 0.5</b>                                    | DEMENZA<br>LIEVE<br><b>CDR 1</b>                                                       | DEMENZA<br>MODERATA<br><b>CDR 2</b>                                                        | DEMENZA<br>GRAVE<br><b>CDR 3</b>                                            |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Memoria</b>                     | Memoria adeguata o smemoratezza occasionale                                       | Lieve smemoratezza permanente; parziale rievocazione di eventi         | Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane           | Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente                                  | Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti                           |
| <b>Orientamento</b>                | Perfettamente orientato                                                           |                                                                        | Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico                     | Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale                                      | Orientamento solo personale                                                 |
| <b>Giudizio soluzione problemi</b> | Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato        | Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie differenze | Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato       | Difficoltà severa esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso           | Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi                            |
| <b>Attività sociali</b>            | Attività indipendente e livelli usuali ne lavoro, acquisti, pratiche burocratiche | Solo dubbia compromissione nelle attività descritte                    | Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili   | Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa | Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire |
| <b>Casa e hobbies</b>              | Vita domestica e interessi intellettuali conservati                               | Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi        | Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobbies ed interessi | Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici               | Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera                             |
| <b>Cura personale</b>              | Interamente capace di curarsi della propria persona                               | Richiede facilitazione                                                 | Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali                   | Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria                    | Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria         |

**CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE**

Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale.

**CDR 5: DEMENZA TERMINALE**

Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.

### Clinical Dementia Rating Scale

Per ottenere il punteggio della CDR sottostante è necessario disporre di informazioni raccolte da un familiare o operatore che conosce il soggetto e di una valutazione delle funzioni cognitive del paziente con particolare riferimento ai seguenti aspetti: 1) memoria; 2) orientamento temporale e spaziale; 3) giudizio ed astrazione; 4) attività sociali e lavorative; 5) vita domestica, interessi ed hobby; 6) cura della propria persona. In base al grado di compromissione viene assegnato un punteggio variabile tra 0 – 0.5 – 1 – 2 – e 3; 0 = normale; 0.5 = dubbia compromissione; 1 = compromissione lieve; 2 = compromissione moderata; 3= compromissione severa. Ogni aspetto va valutato in modo indipendente rispetto agli altri. La memoria è considerata categoria primaria; le altre sono secondarie. Se almeno tre categorie secondarie ottengono lo stesso punteggio della memoria, allora il CDR è uguale al punteggio ottenuto nella memoria. Se tre o più categorie secondarie ottengono un valore più alto o più basso della memoria, allora il punteggio della CDR corrisponde a quello ottenuto nella maggior parte delle categorie secondarie. Qualora due categorie ottengano un valore superiore e due un valore inferiore rispetto a quello ottenuto dalla memoria, il valore della CDR corrisponde a quello della memoria. La scala è stata successivamente estesa per classificare in modo più preciso gli stadi più avanzati della demenza (Hayman et al, 1987). I pazienti possono essere perciò classificati in stadio 4 (demenza molto grave) quando presentano severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da soli, nel controllare la funzione intestinale o vescicale. Sono classificati in stadio 5 (demenza terminale) quando richiedono assistenza totale perché completamente incapaci di comunicare, in stato vegetativo, allettati e incontinenti.

#### **Criteri di applicazione tabella:**

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che riporta un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)*  $\geq 4$ , ex art. 3, c. 2, lett. C) Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note:

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del compilatore \_\_\_\_\_

Allegato 1D

**Scala per la valutazione della condizione della disabilità gravissima per le persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura.**

Da compilare a cura del Medico Specialista della struttura sanitaria pubblica

Si certifica che il Signor/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Affetto/a da \_\_\_\_\_

Ha il seguente livello di lesione, per come identificato nella scala sottostante.....

**ASIA Impairment Scale (AIS)**

|                          |                |                                                                                                                                                    |
|--------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | A= completa    | Deficit sensitivo e motorio completo a livello C 4- C5                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> | B = incompleta | Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include C4 – C5                               |
| <input type="checkbox"/> | C = incompleta | La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a3           |
| <input type="checkbox"/> | D= incompleta  | La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o superiore a 3 |
| <input type="checkbox"/> | E = normale    | Nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità integra, non disturbi sfinterici ma possibili alterazioni dei riflessi)         |

**Criteri di applicazione tabella:**

*La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che riporta un punteggio nella 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 ex art. 3 lett. d) Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.*

Note.....

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma e timbro del compilatore \_\_\_\_\_

Allegato 1E

**Scala per la valutazione della condizione della disabilità gravissima per le persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica e muscolare con particolare riferimento alla SLA**

Da compilare a cura del Medico Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

**Si certifica che il /la Signor/a**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Affetto/a da \_\_\_\_\_

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante.....

**A) Bilancio muscolare complessivo alla scala Medical Research Council (MRC)**

**Forza muscolare**

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0).

- ☐ 5/5 alla scala MRC: movimento possibile contro resistenza massima;
- ☐ 4/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro resistenza minima;
- ☐ 3/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro gravità;
- ☐ 2/5 alla scala MRC: movimento possibile solo in assenza di gravità;
- ☐ 1/5 alla scala MRC: accenno al movimento;
- ☐ 0/5 alla scala MRC: assenza di movimento

**Criteri di applicazione tabella:**

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC) ex art. 3 comma 2 lett. e) Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note.....

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del compilatore \_\_\_\_\_

Allegato 1 E/A

**Scala per la valutazione della condizione della disabilità gravissima per le persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica con particolare riferimento alla Sclerosi Multipla**

Da compilare a cura del Medico Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il/la Signor/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Affetto/a da \_\_\_\_\_

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante:

**Criteri di applicazione tabella:**

- La scala EDSS (Expanded Disability Status Scale) trova ampio uso come strumento per misurare e valutare le caratteristiche cliniche dei pazienti affetti da sclerosi multipla.
- La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS)  $\geq 9$  ex art. 3 comma 2 lett. e) Decreto ministeriale del 26 settembre 2016.

**La stadiazione va effettuata in condizione di stabilità di malattia e/o in assenza di recidiva.**

B) Expanded Disability Status Scale (EDSS)

| Punteggio | Caratteristiche cliniche                                                                                                                                                                                               |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EDSS      |                                                                                                                                                                                                                        |
| 1-3,5     | Paziente deambulante, ma sono presenti deficit neurologici evidenti in diversi sistemi funzionali (motorio, sensitivo, cerebrale, visivo, sfinterico) di grado lieve-moderato, con un impatto parziale sull'autonomia. |
| 4         | Paziente autonomo, deambulante senza aiuto e senza riposo, per circa 500 metri.                                                                                                                                        |
| 4,5       | Paziente autonomo, con minime limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 300 metri.                                                                          |
| 5         | Paziente non del tutto autonomo, con modeste limitazioni dell'attività completa quotidiana. Deambulazione possibile, senza sosta e senza riposo per circa 200 metri.                                                   |
| 5,5       | Paziente non del tutto autonomo, con evidenti limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo per circa 100 metri.                                                           |
| 6         | Paziente che necessita di assistenza saltuaria o costante da un lato per percorrere 100 metri senza fermarsi.                                                                                                          |
| 6,5       | Paziente che necessita di assistenza bilaterale costante, per camminare 20 metri senza fermarsi.                                                                                                                       |
| 7         | Paziente in grado di camminare per più di 5 metri, anche con aiuto, e necessita di sedia a rotelle, riuscendo però a spostarsi dalla stessa da solo.                                                                   |
| 7,5       | Paziente che può muovere solo qualche passo. È obbligato all'uso della carrozzella, e può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla stessa.                                                                          |
| 8         | Paziente che è obbligato a letto non per tutta la giornata o sulla carrozzella. In genere, usa bene una o entrambe le braccia.                                                                                         |
| 8,5       | Paziente essenzialmente obbligato a letto. Mantiene alcune funzioni di autoassistenza, con l'uso abbastanza buono di una o entrambe le braccia.                                                                        |
| 9         | Paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e viene alimentato.                                                                                                                                       |
| 9,5       | Paziente obbligato a letto, totalmente dipendente.                                                                                                                                                                     |
| 10        | Morte dovuta alla malattia.                                                                                                                                                                                            |

Note.....

Luogo e data \_\_\_\_\_ Timbro e firma del compilatore \_\_\_\_\_

## Allegato 1 E/B

**Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica con particolare riferimento ai pazienti con morbo di Parkinson e Parkinsonismi Degenerativi e Atipici**

Da compilare a cura del Medico Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il/la Signor/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Affetto/a da \_\_\_\_\_

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante.....

*C) Scala di Hoehn e Yahr*

- ☐ Stadio 1: Malattia unilaterale.
- ☐ Stadio 2: Malattia bilaterale senza coinvolgimento dell'equilibrio.
- ☐ Stadio 3: Malattia da lieve a moderata, qualche instabilità posturale indipendente.
- ☐ Stadio 4: Malattia conclamata, ancora in grado di deambulare autonomamente.
- ☐ Stadio 5: Paziente costretto a letto o in sedia a rotelle.

**Criteri di applicazione tabella:**

- La scala di Hoehn e Yahr è utile per definire lo stato clinico dl paziente affetto da morbo di Parkinson.
- La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare in stadio 5 di Hoehn e Yahrmod, ex art. 3 comma 2 lett. e), Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016 e che corrisponda anche ad almeno 2 criteri dell'Allegato "2".

Note:

.....

.....

.....

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del compilatore \_\_\_\_\_

Allegato 1 F

**Certificazione per persone con privazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetro binoculare inferiore al 10% 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'occhio migliore.**

*Da compilare a cura del Medico Specialista di riferimento della struttura sanitaria pubblica preposta*

Si certifica che il/la Signor/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Affetto/a da \_\_\_\_\_

**È da considerarsi persona con privazione 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'occhio migliore.**

Note:

.....  
.....  
.....  
.....

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del compilatore \_\_\_\_\_

## Allegato 1 G

**Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico.**

Da compilare a cura del Medico Specialista di riferimento della struttura sanitaria pubblica

Si certifica che il/la Signor/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Affetto/a da \_\_\_\_\_

Ha il seguente livello di classificazione del DSM – 5, per come identificato nella scala sottostante

## Livelli di gravità DMS – 5

|                          | Livello di gravità                                        | Comunicazione sociale                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Comportamenti ristretti e ripetitivi                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Livello 3<br>È necessario un supporto molto significativo | I gravi deficit nella comunicazione sociale, verbale e non verbale, causano una grave difficoltà nel funzionamento; iniziativa molto limitata nell'interazione sociale e minima risposta all'iniziativa altrui.                                                                                                               | Preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi che interferiscono marcatamente con il funzionamento in tutte le sfere. Stress marcato quando i rituali o le routine sono interrotti; è molto difficile distogliere il soggetto dal suo focus di interesse, e se ciò avviene egli ritorna rapidamente ad esso. |
| <input type="checkbox"/> | Livello 2<br>È necessario un supporto significativo       | Deficit marcati nella comunicazione sociale, verbale e non verbale. L'impedimento sociale appare evidente anche quando è presente supporto; iniziativa limitata nell'interazione sociale e ridotta o anormale risposta all'iniziativa degli altri.                                                                            | Preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi appaiono abbastanza di frequente da essere evidenti per l'osservatore casuale e interferiscono con il funzionamento in diversi contesti. Stress o frustrazione appaiono quando sono interrotti ed è difficile ridirigere l'attenzione.                         |
| <input type="checkbox"/> | Livello 1<br>E' necessario un supporto                    | Senza supporto i deficit nella comunicazione sociale causano impedimenti che possono essere notati. Il soggetto ha difficoltà ad iniziare le interazioni sociali e mostra chiari esempi di atipicità o insuccesso nella risposta ad iniziative altrui. Può sembrare che abbia un ridotto interesse nella interazione sociale. | Rituali e comportamenti ripetitivi causano una interferenza significativa in uno o più contesti. Resiste ai tentativi da parte degli altri di interromperli.                                                                                                                                                              |

Criteri di applicazione tabella:

*La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che ha una disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5, ex art. 3 comma 2 lett. g), Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.*

Note:

.....

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del compilatore \_\_\_\_\_

## Allegato 1 H

**Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM – 5, con QI <= 34.**

Da compilare a cura dello Specialista di riferimento della struttura sanitaria pubblica.

Si certifica che il/la Signor/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Affetto/a da \_\_\_\_\_

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante:.....

**LAPMER-Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation**

| ITEMS                   | Livelli                                                                                                             | Punteggio |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Alimentazione           | Viene alimentato, cibo di consistenza modificata                                                                    | 0         |
|                         | Viene alimentato, cibo di consistenza ordinaria                                                                     | 1         |
|                         | Porta cibo alla bocca (con o senza supervisione o assistenza)                                                       | 2         |
| Controllo sfinterico    | Non riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vescicali o intestinali)                      | 0         |
|                         | Riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vescicali o intestinali)                          | 1         |
| Comunicazione           | Riesce a segnalare alcuni bisogni, attraverso un comportamento aspecifico o stereotipato                            | 0         |
|                         | Riesce a segnalare alcuni bisogni identificabili da comportamenti specifici                                         | 1         |
|                         | Comunica bisogni verbalmente                                                                                        | 2         |
| Manipolazione           | Manipolazione assente, oppure reazione di afferramento                                                              | 0         |
|                         | Afferramento palmare spontaneo                                                                                      | 1         |
|                         | Utilizza la pinza pollice - indice                                                                                  | 2         |
| Vestizione              | Vestizione passiva                                                                                                  | 0         |
|                         | Si sforza di dare una qualche collaborazione                                                                        | 1         |
| Locomozione             | Stazionario anche su sedia o carrozzina                                                                             | 0         |
|                         | Si trasferisce nell'ambiente                                                                                        | 1         |
| Orientamento spaziale   | Non ha orientamento spaziale                                                                                        | 0         |
|                         | Si orienta in ambienti familiari                                                                                    | 1         |
|                         | Si orienta al di fuori del suo ambiente familiare (casa, reparto assistenziale)                                     | 2         |
| Prassie                 | Nessuna prassia, oppure movimenti afinalistici e stereotipati                                                       | 0         |
|                         | Realizza prodotti plastici o grafici (incastra, connette, plasma e colora oppure pilota una carrozzina manualmente) | 1         |
|                         | Disegna o pilota una carrozzina elettrica                                                                           | 2         |
| <b>TOTALE PUNTEGGIO</b> |                                                                                                                     |           |

**Criteri di applicazione tabella:**

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che riporta un punteggio sulla scala LAPMER-Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation <= 8, ex art. 3 comma 2 lett. h), Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note: .....

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma e timbro del compilatore \_\_\_\_\_

Allegato 2

**Valutazione della condizione di dipendenza vitale (articolo 3, comma 2, lettera i) Decreto Ministeriale 26 Settembre 2016) da utilizzare per tutte le patologie e i casi che non rientrano nelle tabelle dell'allegato 1**

Da compilare a cura dello Specialista di riferimento per patologia della struttura sanitaria pubblica.

Si certifica che il/la Signor/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Affetto/a da \_\_\_\_\_

Ai fini della identificazione delle persone in condizione di dipendenza ha le seguenti compromissioni:

UNO almeno dei seguenti domini (barrare la casella corrispondente):**1. MOTRICITÀ** (Dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana)

(Scala ADL-Indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana)

☐ Le attività della vita quotidiana sono svolte completamente da un'altra persona**2. STATO DI COSCIENZA** (Compromissione severa o persona non cosciente)☐ Raramente prende decisioni☐ Mai prende decisioni☐ Persona non coscienteEd UNO dei seguenti altri domini

(Barrare la casella corrispondente):

**3. RESPIRAZIONE**☐ Necessità di respirazione quotidiana☐ Presenza di Tracheostomia**4. NUTRIZIONE**☐ Necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi (come da linee guida allegate)☐ Combinata orale e enterale/parenterale☐ Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)☐ Solo tramite gastrostomia (es. PEG)☐ Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)

NB: Si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni in almeno uno dei domini di cui ai punti 1 e 2 ed in almeno uno di cui ai punti 3 e 4.

Note.....

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del compilatore \_\_\_\_\_

ALLEGATO 3

PROT. N. \_\_\_\_\_

**CERTIFICAZIONE MEDICA SPECIALISTICA  
DELLA CONDIZIONE DI “DISABILITÀ GRAVISSIMA”  
(art. 3 D.M. 26/09/2016)**

Il / La sottoscritto/a Dr. / Dr. ssa \_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_

**Certifica che**

Il / La Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**E' AFFETTO DA \_\_\_\_\_ E RIENTRA IN ALMENO UNA DELLE  
SEGUENTI CONDIZIONI:**

- a) Persone in condizioni di coma, stato vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala di *Glasgow Coma Scale* (GSC)  $\leq 10$   
PUNTEGGIO RISCONTRATO: \_\_\_\_\_;
- b) Persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24 h/ 7 giorni);
- c) Persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS)  $\geq 4$  PUNTEGGIO RISCONTRATO: \_\_\_\_\_;
- d) Persone con lesioni spinali fra CO/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  $\leq 1$  ai 4 arti della scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS)  $\geq 9$  PUNTEGGIO RISCONTRATO: \_\_\_\_\_, o in stadio 5 di *Hoen 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;
- h) Persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM -5, con Q.I.  $\leq 34$  PUNTEGGIO RISCONTRATO: \_\_\_\_\_ e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/ Severe Mental Retardaion* (LAPMER)  $\leq 8$  PUNTEGGIO RISCONTRATO : \_\_\_\_\_;
- i) Ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale (v. Allegato 2 D.M. 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 sempre barrare la voce che ricorre ed indicare il punteggio della scala funzionale accertato e allegare la stessa.**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico specialista

\_\_\_\_\_