**ALLEGATO 3 – Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima**

**Distretto Sociale B di Frosinone**

CERTIFICAZIONE SANITARIA [[1]](#footnote-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:

1. 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 );*
2. persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
3. persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) >=4 *(punteggio )*;
4. 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 )*;
5. 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 );*

1. 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 );*
2. persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
3. persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5 con QI <=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) <=8

*(punteggio )*;

1. 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]](#footnote-2)

*Luogo e data*

*Timbro e firma medico specialista struttura pubblica [[3]](#footnote-3)*

1. **IL CERTIFICATO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE COMPRESA L’INDICAZIONE DEL PUNTEGGIO / GRADO / STADIO DELLA DISABILITA’ OVE PREVISTO** [↑](#footnote-ref-1)
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”.** [↑](#footnote-ref-2)
3. **LO SPECIALISTA DEVE ESSERE COMPETENTE PER LA PATOLOGIA CERTIFICATA** [↑](#footnote-ref-3)