

**CERTIFICAZIONE MEDICA SPECIALISTICA DELLE CONDIZIONI DICHIARATE
NELL'ART. 3 DEL D.M. DEL 26.09.2016**

Con la presente si certifica che il/la paziente _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____
in via/piazza _____ n. _____
cap _____ da me visitato in data _____ presenta la
seguente diagnosi di _____ e :

- ☐ in caso di “condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure Stato di Minima Coscienza (SMC)” ha ottenuto un punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) pari a _____

Glasgow Coma Scale (GCS)

Area	Risposta	Punti
Apertura Occhi	Spontanea	4
	Alla voce	3
	Al dolore	2
	Nessuna	1

Area	Risposta	Punti
Risposta Verbale	Orientata	5
	Confusa	4
	Parole inappropriate	3
	Suoni incomprensibili	2
	Nessuna	1

Area	Risposta	Punti
Risposta Motoria	Ubbidisce al comando	6
	Localizza il dolore	5
	Retrae al dolore	4
	Flette al dolore	3
	Estende al dolore	2
	Nessuna	1

- ☐ in caso di “ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa” è dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa 24 ore al giorno 7 giorni su 7;

¹ Copia certificazione di una struttura sanitaria pubblica e specialistica attestante l'accertamento della patologia determinante la condizione di disabilità gravissima, così come del grado di non autosufficienza/gravità con firma autografa del medico specialista e timbro della struttura sanitaria. **Nella presente certificazione dovranno necessariamente essere riportati i punteggi delle scale di valutazione elencate nelle lettere da a) ad h)** (Modello B). Non saranno accettate certificazioni esclusivamente a firma del medico di base.

- in caso si “grave o gravissimo stato di demenza” (tra cui morbo di Alzheimer) ha ottenuto un punteggio sulla scala CLINICAL DEMENTIA RATING SCALE (CDRS) pari a _____;

Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa (Articolo 3, comma 2, lettera d)
Hugger, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., et al (1982) *A new clinical scale for the staging of dementia.*
British Journal of Psychiatry, 140, 566 -572

	NORMALE CDR 0	DEMENTIA DUBBIA CDR 0.5	DEMENTIA LIEVE CDR 1	DEMENTIA MODERATA CDR 2	DEMENTIA GRAVE CDR 3
Memoria	Memoria adeguata o scarsamente occasionalmente	Lieve amnesia 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
Orientamento	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzione problemi	Risolve bene i problemi quotidiani; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie differenziali	Difficoltà moderate; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
Attività sociali	Attività indipendenti e livelli alti re lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna prova di attività indipendenti fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna prova di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire
Casa e hobbies	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobby ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti; vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori della propria camera
Cura personale	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, incontinenza.					

- in caso di “lesioni spinali fra C0 e C5, di qualsiasi natura” ha ottenuto un punteggio nella scala ASIA Impairment Scale (AIS) pari a _____;

ASIA Scale (AIS)		
	A = Completa	Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4-S5
	B = Incompleta	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4-S5
	C = Incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3
	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
	E = Normale	Nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità integra, non disturbi sfinterici ma possibile alterazione dei riflessi)

Le lesioni spinali da valutare ai fini della presentazione della domanda di finanziamento sono tra la C0 e la C5.

In caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate.

- ☐ in caso di “gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare” ha ottenuto un risultato nella scala Medical Research Council (MRC), pari a _____

Braccio destro: ____/5

Braccio sinistro: ____/5

Gamba destra: ____/5

Gamba sinistra: ____/5

5/5	Movimento possibile contro resistenza massima
4/5	Movimento possibile solo contro resistenza minima
3/5	Movimento possibile solo contro gravità
2/5	Movimento possibile solo in assenza di gravità
1/5	Accenno al movimento
0/5	Assenza di movimento

o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) pari a _____;

- ☐ in caso di “deprivazione sensoriale complessa” ha una compresenza di minorazione visiva ed ipoacusia secondo la seguente valutazione:

Residuo visivo occhio destro: ____/20

Residuo visivo occhio sinistro: ____/20

Residuo perimetrico binoculare: ____%

Orecchio destro: ____ decibel htl media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz

Orecchio sinistro: ____ decibel htl media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz;

- ☐ in caso di “condizione di spettro autistico” presenta una disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello _____ del DSM-5;

- ☐ in caso di “diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo” ha ottenuto un punteggio QI pari a _____ ed un punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) pari a _____

LEVEL OF ACTIVITY IN PROFOUND/SEVERE MENTAL RETARDATION

Area	Risposta	Punti
Alimentazione	Viene alimentato, cibo di consistenza modificata	0
	Viene alimentato, cibo di consistenza ordinaria	1
	Porta il cibo alla bocca (con o senza supervisione o assistenza)	2

Area	Risposta	Punti
Controllo Sfinteri	Non riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vescicali o intestinali)	0
	Riesce a segnalare necessità di evacuazione o eventuali perdite (vescicali o intestinali)	1

Area	Risposta	Punti
Comunicazione	Riesce a segnalare alcuni bisogni, attraverso un comportamento aspecifico o stereotipato	0
	Riesce a segnalare alcuni bisogni identificabili da comportamenti specifici	1
	Comunica verbalmente i suoi bisogni	2

Area	Risposta	Punti
Manipolazione	Assente, oppure azione di afferramento	0
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice-indice	2

Area	Risposta	Punti
Vestizione	Passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1

Area	Risposta	Punti
Locomozione	Stazionario sulla sedia/poltrona/letto	0
	Si trasferisce nell'ambiente	1

Area	Risposta	Punti
Orientamento nello spazio	Non orientato	0
	Orientato solo in ambienti conosciuti	1
	Orientato negli spazi a lui non conosciuti	2

Area	Risposta	Punti
Prassi	Nessuna prassi, 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

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

_____, il _____

(Timbro e firma del medico certificatore)
