

**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)
Hughes, 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 | DEMENZA DUBBIA CDR 0.5 | DEMENZA LIEVE CDR 1 | DEMENZA MODERATA CDR 2 | DEMENZA GRAVE CDR 3 |
|---|--|--|--|--|---|
| Memoria | Memoria adeguata o occasionale | Lieve sminuziosità permanente; parziale retroazione di eventi | Perda memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane | Perda memoria severa; materiale nuovo perso rapidamente | Perda memoria grave; rimangono alcuni frammenti |
| Orientamento | Perfettamente orientato | | Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento temporale e topografico | Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale | Orientamento solo personale |
| Giudizio soluzione problemi | Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguate rispetto al passato | Dubbia comprensione nelle soluzioni di problemi; analogie differenze | Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale ariegnato | Difficoltà severa; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso | Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi |
| Attività sociali | Attività indipendente e livelli usuali nei lavori, acquisti, pratiche burocratiche | Solo dubbia comprensione 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 |
| Casa e hobbies | 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 |
| 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 molto 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 vesicale. | | | | | |
| CDR 5: DEMENZA TERMINALE | | | | | |
| Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di conoscere, in stato vegetativo, alienato, incontinentie. | | | | | |

- in caso di “lesioni spinali fra C0 e C5, di qualsiasi natura” ha ottenuti 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 è 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 |
| Controllo Sfinteri | Non riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vesicali o intestinali) | 0 |
| | Riesce a segnalare necessità di evacuazione o eventuali perdite (vesicali 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 verbalmente i suoi bisogni | 2 |
| Manipolazione | Assente, oppure azione di afferramento | 0 |
| | Afferramento palmare spontaneo | 1 |
| | Utilizza la pinza pollice-indice | 2 |
| Vestizione | Passiva | 0 |
| | Si sforza di dare una qualche collaborazione | 1 |
| Locomozione | Stazionario sulla sedia/poltrona/letto | 0 |
| | Si trasferisce nell'ambiente | 1 |
| Orientamento nello spazio | Non orientato | 0 |
| | Orientato solo in ambienti conosciuti | 1 |
| | Orientato negli spazi a lui non conosciuti | 2 |
| Prassi | 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 |

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

_____, il _____

(Timbro e firma del medico certificatore)
