

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

Il/La sottoscritto/a Dr./ Dr.ssa _____
in servizio presso¹

CERTIFICA CHE

Il/La Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. ____ CAP _____

**È AFFETTO/A DA PATOLOGIA TALE DA RIENTRARE IN ALMENO UNA² DELLE SEGUENTI
CONDIZIONI:**

- 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 RISCONTRATO: _____);
- 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 RISCONTRATO: _____);
- 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;
- 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 - PUNTEGGIO RISCONTRATO: - o in stadio 5 di *Hoehn 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;

¹ Indicare dove lo specialista opera: struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata.

² Possono essere indicate anche più condizioni.

h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ (PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____) e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation* (LAPMER) ≤ 8 (PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____);

i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale (vedi allegato 2, DM 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 (qualora ricorrano le condizioni di disabilità di cui alla lettera i), allegare al presente modulo la scala CIRS)

N.B. Lo specialista deve sempre barrare la voce che ricorre ed indicare, laddove richiesto, il punteggio della scala funzionale accertato, e allegare la stessa.

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO SPECIALISTA