

## CRITERI PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO "Disabilità Gravissime"

- schede sanitarie -

(Decreto Ministeriale 26 settembre 2016, con riferimento in particolare all'art. 3 (disabilità gravissime) - allegati 1 (scale di valutazione della condizione di disabilità gravissima) e 2 (altre persone in condizione di dipendenza vitale).

### I destinatari sono:

Persone in condizione di disabilità gravissima, che ai fini del suddetto DM, si intendono le persone beneficiarie dell'invalidità civile e dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata almeno una 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) con punteggio  $\leq 10$  (compilare tabella allegato 1 A);
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica INVASIVA assistita o non invasiva continuativa 24h/die x 7 giorni la settimana (compilare dichiarazione allegato 1 B);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) con punteggio  $\geq 4$  (compilare tabella allegato 1 C);
- 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 (compilare tabella allegato 1 D);
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC) (compilare tabella allegato 1E per i pazienti con SLA-SMA ed altre patologie neurodegenerative), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS)  $\geq 9$  (compilare tabella allegato 1E/A per i pazienti affetti da Sclerosi Multipla), o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod (compilare tabella allegato 1E/B per paziente affetto da Morbo di Parkinson e Parkinsonismi Degenerativi e Artipici).
- 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 (compilare prospetto allegato 1 F);
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5 (compilare tabella 1G);
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con  $QI \leq 34$  e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER)  $\leq 8$  (compilare tabella 1H);
- i) 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 psico-fisiche (compilare allegato 2 per tutti i pazienti gravissimi non specificati nei punti precedenti);

## 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 \_\_\_\_\_

### GLASCOW COMA SCALE

<b>A - Apertura degli occhi</b>	<b>Punteggio</b>
<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>B - Risposta verbale</b>	
<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>
<b>C - Risposta motoria</b>	
<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: .....

#### Criteria di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che riporta un punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)  $\leq 10$  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 non invasiva continuativa (24h/die – 7 giorni a settimana)

Note:

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

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

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

**Allegato 1 C**

**Scala per la valutazione della condizione di 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 CDR 0	DEMENZA DUBBIA CDR 0.5	DEMENZA LIEVE CDR 1	DEMENZA MODERATA CDR 2	DEMENZA GRAVE CDR 3
<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

**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, incontinente.

**ClinicalDementia Rating Scale**

Per ottenere il punteggio della CDR 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, incontinenti.

**Criteri di applicazione tabella:**

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che riporta un punteggio sulla scala ClinicalDementia Rating Scale (CDRS)  $\geq 4$  ex ART. 3 comma 2 Lett. C, Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note:

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

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

**Allegato 1 D**

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

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

**Si certifica che il Signor/ra**

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 S4 –S5
<input type="checkbox"/>	B = incompleta	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4 – S5
<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 a 3
<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)

**Criteria di applicazione tabella:**

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 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 comma 2 Lett. D), Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note: .....

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

**Allegato 1 E**

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

*Da compilare a cura dello Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta*

**Si certifica che il Signor/ra**

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 MedicalResearchCouncil (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.

***Criteria di applicazione tabella:***

*La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4arti alla scala MedicalResearchCouncil (MRC) ex ART. 3 comma 2 Lett. E, Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.*

Note.....

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

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

**Allegato 1 E/A**

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

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

**Si certifica che il Signor/ra**

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 2014 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 EDSS	Caratteristiche cliniche
1-3,5	Paziente deambulante, ma sono presenti deficit neurologici evidenti in diversi sistemi funzionali (motorio, sensitivo, cerebellare, 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 soste 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 non 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 \_\_\_\_\_

Firma e timbro 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 dello Specialista di riferimento della struttura sanitaria pubblica preposta*  
**Si certifica che il Signor/ra**

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 stadio clinico del paziente affetto da morbo di Parkinson.*
- *La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 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 deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1720 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico 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, 1000,200 hertz nell'orecchio migliore.**

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

**Si certifica che il Signor/ra**

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

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

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

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

**È da considerarsi persona 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.**

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 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 \_\_\_\_\_

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

**Livelli di gravità DSM - 5**

Livello di gravità	Comunicazione sociale	Comportamenti ristretti e ripetitivi	
<input type="checkbox"/>	<p>Livello 3 "è necessario un supporto molto significativo"</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Livello 2 "è necessario un supporto significativo"</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Livello 1</p>	<p>senza supporto i deficit nella</p>	<p>rituali e comportamenti ripetitivi causano</p>

"è necessario un supporto "	comunicazione sociale causano impedimenti che possono essere notati. Il soggetto ha difficoltà a iniziare le interazioni sociali e mostra chiari esempi di atipicità o insuccesso nella risposta alle iniziative altrui. Può sembrare che abbia un ridotto interesse nell'interazione sociale	un'interferenza significativa in uno o più contesti. Resiste ai tentativi da parte degli altri di interromperli.
-----------------------------	---	--

***Criteria di applicazione tabella:***

*La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 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 il 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 o 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

<b>Manipolazione</b>	Manipolazione assente, oppure reazione di afferramento	0
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice – indice	2
<b>Vestizione</b>	Vestizione Passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1
<b>Locomozione</b>	Stazionario anche su sedia o carrozzina	0
	Si trasferisce nell'ambiente	1
<b>Orientamento spaziale</b>	Non ha orientamento spaziale	0
	Si orienta in ambienti familiari	1
	Si orienta al di fuori del suo ambiente familiare (casa, reparto assistenziale)	2
<b>Prassie</b>	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>		

**Criteria di applicazione tabella:**

*La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che riporta un punteggio sulla scala LAPMER-Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation  $\leq 8$  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 di 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 vitale 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 cosciente

**ed UNO dei seguenti altri domini**  
**(barrare la casella corrispondente):**

3. **RESPIRAZIONE**

Necessità di aspirazione quotidiana  
 Presenza di Tracheostomia

4. **NUTRIZIONE**

Necessità di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi  
 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 dei domini di cui ai punti 3 e 4.**

Note.....

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

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