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

A- Apertura degli occhi	**Punteggio**
Spontanea	**4**
Agli stimoli verbali	**3**
Al dolore	**2**
Nessuna	**1**
B- Risposta verbale	
Orientata appropriata	**5**
Confusa	**4**
Parole inappropriate	**3**
Suoni incomprensibili	**2**
Nessuna	**1**
C- Risposta motoria	
Obbedisce al comando	**6**
Localizza il dolore	**5**
Retrae al dolore	**4**
Flette al dolore	**3**
Estende al dolore	**2**
Nessuna	**1**
PUNTEGGIO TOTALE	

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala soprastante: _____

Criteri di applicazione tabella:
La persona con disabilità gravissima beneficiaria del FNA 2022 è colei che riporta un punteggio nella scala Glasgow Coma Scale ((GCS) <=10 ex art. 3 comma 2 lett. a), Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note……..

Luogo e data_____

Firma e timbro del compilatore_____

COMUNE DI CUTRO - AOO001 - REG_PROTO - 0026892 - Ingresso - 22/10/2026 - 16:23

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 meccanica assistita non invasiva continuativa (24h/die – 7giorni a settimana)

Note……
……
……

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

COMUNE DI CUTRO - AOO001 - REG_PROTO - 0026892 - Ingresso - 22/10/2026 - 16:23

Allegato 1 C

Scala per la valutazione della condizione della 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 Scala (CDR) estesa

	NORMALE **CDR 0**	DEMENZA DUBBIA **CDR 0.5**	DEMENZA LIEVE **CDR 1**	DEMENZA MODERATA **CDR 2**	DEMENZA GRAVE **CDR 3**
Memoria	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
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 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
Attività sociali	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
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 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.

COMUNE DI CUTRO - AOO001 - REG_PROTO - 0026892 - Ingresso - 22/10/2026 - 16:23

Clinical Dementia Rating Scale

Per ottenere il punteggio della CDR sottostante 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 e incontinenti.

Criteri di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del FNA 2022 è colei che riporta un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)* >= 4, *ex art. 3, c. 2, lett. C) Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.*

Note:

Luogo e data_____

Firma e timbro del compilatore_____

COMUNE DI CUTRO - AOO001 - REG_PROTO - 0026892 - Ingresso - 22/10/2026 - 16:23

Allegato 1D

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

Da compilare a cura del Medico Specialista della struttura sanitaria pubblica

Si certifica che il Signor/a

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)

☐	A= completa	Deficit sensitivo e motorio completo a livello C 4- C5
☐	B = incompleta	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include C4 – C5
☐	C = incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a3
☐	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 possibili alterazioni dei riflessi)

Criteri di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del FNA 2022 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 lett. d) Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note……..

Luogo e data_____ Firma e timbro del compilatore_____

COMUNE DI CUTRO - AOO001 - REG_PROTO - 0026892 - Ingresso - 22/10/2026 - 16:23

Allegato 1E

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

Da compilare a cura del Medico Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

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……

A) Bilancio muscolare complessivo alla scala *Medical Research Counsil* (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

Criteri di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del FNA 2022 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC) ex art. 3 comma 2 lett. e) Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note…….

Luogo e data _____

Timbro e firma del compilatore_____

COMUNE DI CUTRO - AOO001 - REG_PROTO - 0026892 - Ingresso - 22/10/2026 - 16:23

Allegato 1 E/A

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

Da compilare a cura del Medico Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

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:

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 2022 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 ex art. 3 comma 2 lett. e) Decreto ministeriale del 26 settembre 2016.*

La stadiazione và 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, cerebrale, 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 sosta 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 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 _____Timbro e firma del compilatore_____

COMUNE DI CUTRO - AOO001 - REG_PROTO - 0026892 - Ingresso - 22/10/2026 - 16:23

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 del Medico Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

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…….

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 stato clinico dl paziente affetto da morbo di Parkinson.*
- *La persona con disabilità gravissima beneficiaria del FNA 2022 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare in stadio 5 di Hoehn e Yahr, 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 _____

COMUNE DI CUTRO - AOO001 - REG_PROTO - 0026892 - Ingresso - 22/10/2026 - 16:23

Allegato 1 F

Certificazione per persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come <u>compresenza</u> di minorazione visiva totale o con residuo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetro 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, 2000 hertz nell'occhio migliore.

Da compilare a cura del Medico Specialista di riferimento della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il/la Signor/a

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'occhio migliore.

Note:

……..

……...

……...

……...

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

COMUNE DI CUTRO - AOO001 - REG_PROTO - 0026892 - Ingresso - 22/10/2026 - 16:23

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 del Medico 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 DMS – 5

	Livello di gravità	Comunicazione sociale	Comportamenti ristretti e ripetitivi
☐	Livello 3 È necessario un supporto molto significativo	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.	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.
☐	Livello 2 È necessario un supporto significativo	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.	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.
☐	Livello 1 E' necessario un supporto	Senza supporto i deficit nella comunicazione sociale causano impedimenti che possono essere notati. Il soggetto ha difficoltà ad iniziare le interazioni sociali e mostra chiari esempi di atipicità o insuccesso nella risposta ad iniziative altrui. Può sembrare che abbia un ridotto interesse nella interazione sociale.	Rituali e comportamenti ripetitivi causano una interferenza significativa in uno o più contesti. Resiste ai tentativi da parte degli altri di interromperli.

Criteri di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del FNA 2022 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 _____

COMUNE DI CUTRO - AOO001 - REG_PROTO - 0026892 - Ingresso - 22/10/2026 - 16:23

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

Criteri di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del FNA 2022 è colei che riporta un punteggio sulla scala LAPMER-Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation <= 8, ex art. 3 comma 2 lett. h), Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note: ……..

Luogo e data _____Firma e timbro del compilatore_____

COMUNE DI CUTRO - AOO001 - REG_PROTO - 0026892 - Ingresso - 22/10/2026 - 16:23

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 per patologia 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_____

Ai fini della identificazione delle persone in condizione di dipendenza 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 respirazione quotidiana
   ☐ Presenza di Tracheostomia

4. **NUTRIZIONE**

   ☐ Necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi (come da linee guida allegate)

   ☐ 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 e2 ed in almeno uno di cui ai punti 3 e 4.*

Note……..

Luogo e data_____

Firma e timbro del compilatore_____

COMUNE DI CUTRO - AOO001 - REG_PROTO - 0026892 - Ingresso - 22/10/2026 - 16:23

ALLEGATO 3 PROT. N. _____

CERTIFICAZIONE MEDICA SPECIALISTICA
DELLA CONDIZIONE DI "DISABILITÀ GRAVISSIMA"
(art. 3 D.M. 26/09/2016)

Il / La sottoscritto/a Dr. / Dr. ssa _____

In servizio presso _____

Certifica che

Il / La Sig. / Sig.ra_____

Nato/a_____ il_____

Residente a_____

Via_____ n._____ CAP_____

E' AFFETTO DA_____ E RIENTRA IN ALMENO UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

a) Persone in condizioni di coma, stato vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala di *Glasgow Coma Scale* (GSC) <=10
PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____;
b) Persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24 h/ 7 giorni);
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 CO/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 della scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) >= 9 PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____, o in stadio 5 di *Hoen 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;
h) Persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM -5, con Q.I. <=34 PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____ e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/ Severe Mental Retardaion* (LAPMER) <= 8 PUNTEGGIO RISCONTRATO :_____;
i) Ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale (v. Allegato 2 D.M. 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.

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

Data _____ Timbro e firma del medico specialista

_____

COMUNE DI CUTRO - AOO001 - REG_PROTO - 0026892 - Ingresso - 22/10/2026 - 16:23