

**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 presso ¹	

CERTIFICA CHE

Nome	
Cognome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Residente a	
Via e Numero	
CAP	
Codice fiscale	

È AFFETTO/A DA PATOLOGIA TALE DA RIENTRARE IN ALMENO UNA²DELLE SEGUENTI CONDIZIONI(barrare la voce pertinente e indicare, laddove richiesto, il punteggio della scala funzionale accertato):

- a) *persona 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) *persona dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);*
- c) *persona con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 (PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____);*
- d) *persona 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) *persona 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 Hoehne Yahrmod.;*

¹ Indicare la struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata dove si presta servizio: nome e indirizzo

² Possono essere indicate anche più condizioni.

- f) *persona con privazione sensoriale complessa intesa come compresenza diminorazione 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) *persona con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;*
- h) *persona 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.*

In riferimento alla lettera i) l'utente dovrà produrre certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che certifichi la condizione di dipendenza psico-fisica inerente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale", secondo l'allegato 2 del DM 26/09/2016 "Altre persone in condizione di dipendenza vitale".

Data

IL MEDICO SPECIALISTA

È consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).