

**CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE ATTESTANTE
LA CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA"
(art. 3 del D.M. 26/09/2016)**

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

Medico Curante del Sig./Sig.ra _____

in servizio presso ambulatorio via _____

tel. / cell. _____

CERTIFICA CHE

Il/La Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. ____ CAP _____

E' AFFETTO/A DA PATOLOGIA TALE DA RIENTRARE IN ALMENO UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI del D.M. 26/09/2016:

- ☐ **lettera 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 ;
- ☐ **lettera b)** persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- ☐ **lettera c)** persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS) ≥ 4 ;
- ☐ **lettera 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;
- ☐ **lettera 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 - o in stadio 5 di *Hoehn e Yahr mod.*;
- ☐ **lettera 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;

☐ **lettera g)** persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

☐ **lettera 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 ;

☐ **lettera 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 psicofisiche (vedi allegato 2, DM 26/09/2016).

N.B. Il medico barrerà la voce che ricorre ed indicherà la condizione clinica del proprio paziente.

Luogo e Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
