ASP Cosenza - Prot. N. 67734 del 21/07/2020

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE COSENZA

REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

UOC Coordinamento Servizi Sociali
Referente per quanto comunicato
Sig.ra Tiziana Caputo
e-mail: dipartimentoservizisociali@asp.cosenza.it
tel. 0984/8933325

UOC Sistemi Informativi Aziendali
Dott.ssa Virginia Stefano
Sede

Oggetto: integrazione nota prot.n.67016 del 20.07.2020. Avviso pubblico FNA/2016 – Delibera n. 555 del 15.07.2020.

Ad integrazione della precedente nota prot.n. 67016 del 20.07.2020 "Avviso pubblico FNA/2016 – Delibera n. 555 del 15.07.2020", si prega di voler pubblicare con sollecitudine le schede di valutazione in allegato, relative alle disabilità gravissime come previsto dal D.M. del 26 settembre 2016 unitamente all'avviso già pubblicato in data 20.07.2020 sulla home page aziendale di seguito allegato.

Distinti saluti

Il Direttore U.O.C. Coordinamento Servizi Sociali
Dott.ssa Erminia Pellegrini

CRITERI PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO "Disabilità Gravissime"

(*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 suddeto DM , si intendono le persone beneficiarie 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)<=10 **(compilare tabella allegato 1 A**);

b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7) **(compilare prospetto allegato 1 B)**;

c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala ClinicalDementia Rating Scale (CDRS)>=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 ≤ 1 ai 4 arti alla scala MedicalResearchCouncil (MRC) (compilare **tabella allegato 1E per i pazienti con SLA ed altre patologie neurodegenerative**) , o con punteggio alla ExpandedDisability Status Scale (EDSS) ≥ 9 (**compilare tabella allegato 1F per i pazienti affetti da Sclerosi Multipla)** , o in stadio 5 di Hoehn e Yahrmod (compilare **tabella allegato 1G per paziente affetto da morbo di Parkinson**).

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 H)**;

g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5 **(compilare tabella 1 I)**

h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI<=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe MentalRetardation (LAPMER) <= 8 (compilare **vedi tabella 1L)** ;

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 1 A

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 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 - 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	

GLASCOW COMA SCALE

Criteri di applicazione tabella:

*La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 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_____

Allegato 1 B
Da compilare a cura dello 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 _____

È da considerarsi persona dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7)

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 di Medicina Generale e/o dello 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: …….

La ClinicalDementia Rating Scale (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
Giudiziosoluzione 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.

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)>= **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 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 _____

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 S4 –S5
☐	B = incompleta	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4 – S5
☐	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
☐	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 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 con particolare riferimento alla SLA

Da compilare a cura dello 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 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.

Criteri 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 **≤ 1 ai 4***arti 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 F

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 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: ……..

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.

Criteri di applicazione tabella:

- *La scala EDSS (ExpandedDisability 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 ExpandedDisability Status Scale (EDSS)* **≥ 9***ex ART. 3 comma 2 Lett. E, Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.*

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 compromissione motoria da patologia neurologica con particolare riferimento ai pazienti con Morbo di Parkinson

Da compilare a cura dello 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 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*

Note:

……
……
……

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

Allegato 1 H

Da compilare a cura dello 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 _____

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 I

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 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 _____

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
☐	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 “è necessario un supporto ”	senza supporto i deficit nella comunicazione sociale causano impedimenti che possono essere notati. Il soggetto ha difficoltà a iniziare le interazioni sociali e	rituali e comportamenti ripetitivi causano un´interferenza significativa in uno o più contesti. Resiste ai tentativi da parte degli altri di interromperli.

	mostra chiari esempi di atipicità o insuccesso nella risposta alle iniziative altrui. Può sembrare che abbia un ridotto interesse nell´interazione sociale	

Criteri 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 L

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 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: ……..

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
Manipolazione	Manipolazione assente, oppure reazione di afferramento	0
	Afferra mento 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 di fuori 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 2014 è colei che riporta un punteggio sulla scala LAPMER-Level of Activity in Profound/Severe MentalRetardation<=**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 curadello 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 _____

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**
   ☐ Necessita 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 _____

contributo economico mensile attribuito: _____

Il Responsabile _____

Firma dell'utente per accettazione _____

Luogo e Data _____