**ALLEGATO A Modulo di Attestazione medica di disabilità gravissima Anno 2026- approvato con DGR n. ----- del -----/2026**

*Scheda di Valutazione a Cura del Medico convenzionato per la pediatria di libera scelta, oppure dal medico convenzionato per l'assistenza primaria, che ha in carico la persona assistita sotto nominata*

**Il Dr.** _____

Ai fini della valutazione della disabilità gravissima con necessita di assistenza nelle 24 ore

**ATTESTA**

che _____

nato/a a _____ il _____

è affetto/a dalla seguente malattia rara: _____

codice malattia di esenzione alla partecipazione alla spesa sanitaria R_____ *(Allegato*

*7 al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 e. s. m. e i)*

COMUNE DI LANCIANO Prot.n.0074156 del 24-11-2026 arrivo

## Presenta inoltre le seguenti compromissioni: (*)

① In **almeno una** delle condizioni sotto elencate:
(barrare ogni casella Si - No in esito alla presenza o meno della compromissione evidenziata)

☐ **MOTRICITÀ IN RELAZIONE ALL'ETÀ ANAGRAFICA DEL SOGGETTO**

| **ETÀ 0-24 MESI** | | |
|---|---|---|
| ➢ Sorregge il capo | SI | NO |
| ➢ Sorregge il busto | SI | NO |
| ➢Striscia e/o gattona | SI | NO |
| ➢Afferra gli oggetti | SI | NO |
| ➢Presenta adeguato tono muscolare (ipotono o ipertono) | SI | NO |
| **ETÀ > 24 MESI** | | |
| ➢Cammina autonomamente | SI | NO |
| ➢Cammina solo con ausili o tutori | SI | NO |
| ➢Si sposta dal letto alla carrozzina o dal letto ai servizi igienici | SI | NO |
| ➢Porta il cibo alla bocca | SI | NO |
| ➢utilizza prassie (presa a pinza, incastra, afferra mezzo grafico) | SI | NO |

☐ **SVILUPPO COGNITIVO E SOCIO-RELAZIONALE IN RELAZIONE ALL'ETÀ ANAGRAFICA DEL SOGGETTO**

| **ETÀ 0-24 MESI** | | |
|---|---|---|
| ➢Segue con lo sguardo un oggetto | SI | NO |
| ➢Risponde a stimoli sensoriali (luci, stimoli tattili e rumori) | SI | NO |
| ➢Sorride ai volti | SI | NO |
| ➢Utilizza gesti sociali (per es. fare ciao o battere le manine) | SI | NO |
| **ETÀ > 24 MESI** | | |
| ➢Usa fonemi o singole parole o brevi frasi a scopo comunicativo | SI | NO |
| ➢Indica un oggetto di suo interesse | SI | NO |
| ➢Condivide semplici attività di gioco | SI | NO |
| ➢Comprende e esegue ordini semplici (per es. "prendi", "dammi") | SI | NO |

**ALLEGATO A Modulo di Attestazione medica di disabilità gravissima Anno 2026- approvato con DGR n. ----- del -----/2026**

*Scheda di Valutazione a Cura del Medico convenzionato per la pediatria di libera scelta, oppure dal medico convenzionato per l'assistenza primaria, che ha in carico la persona assistita sotto nominata*

② **E** in **almeno una** delle seguenti:
(barrare ogni casella Si - No in esito alla presenza o meno della compromissione evidenziata)

☐ **RESPIRAZIONE**

| | | |
|---|---|---|
| ➢Necessita di aspirazione quotidiana | SI | NO |
| ➢Presenza tracheostomia | SI | NO |
| ➢Presenza ventilazione assistita | SI | NO |
| ➢Necessita di macchina della tosse | SI | NO |

☐**NUTRIZIONE**

| | | |
|---|---|---|
| ➢Necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi | SI | NO |
| ➢Combinata orale e enterale/parenterale | SI | NO |
| ➢Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG) | SI | NO |
| ➢Solo tramite gastrostomia (es. PEG) | SI | NO |
| ➢Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC) | SI | NO |

* **La condizione di disabilità gravissima ricorre quando la persona assistita presenta almeno due compromissioni, una per ciascun dominio, (di cui al punto ① e al punto ② del presente modulo), fatti salvi coloro che versano nelle condizioni sotto riportate, per i quali è sufficiente il verificarsi di una delle seguenti condizioni:**
☐**nel dominio della "RESPIRAZIONE" in ventilazione assistita (invasiva o non invasiva);**
☐**nel dominio della "NUTRIZIONE" In alimentazione parenterale attraverso catetere venoso centrale.**

**Luogo e data** _____ **(FIRMA E TIMBRO del Medico)** _____

**Note per l'efficace compilazione:**

L'attestazione, compilata ESCLUSIVAMENTE A CURA del Pediatra/ Medico curante, deve essere completata con l'apposizione del timbro, firma e data. Dovrà essere cura del medico la compilazione del certificato in modo da non consentire malintesi all'atto della verifica da parte degli uffici regionali. Non saranno ritenuti ammissibili certificazioni rilasciate su modelli diversi da quello allegato all'Avviso, prive di data, firma e timbro del medico certificatore o rilasciate prima della data di emanazione dell'Avviso, prive di indicazioni (Si – NO) dove richieste, e contenenti cancellature o sovrascritte.

COMUNE DI LANCIANO Prot.n.0074156 del 24-11-2026 arrivo