  

**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5/6**

*Allegato 1*

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

U.O.C. TSMREE

**CERTIFICAZIONE SANITARIA PER L’ACCESSO AL SOSTEGNO ECONOMICO IN FAVORE DEI MINORI TRA I 12 E I 17 ANNI DI ETÀ CON DISTURBO DELLO SPETTRO DELL’AUTISMO**

**(ICD10 F84.0)**

**Si certifica che il minore:**

|  |
| --- |
| NOME:  |
| COGNOME:  |
| LUOGO E DATA DI NASCITA:  |
| CODICE FISCALE:  |
| RESIDENZA (COMUNE E INDIRIZZO): |
| DISTRETTO SOCIOSANITARIO:  |

* **Presenta un Disturbo dello Spettro dell’Autismo (ICD10 F84.0)**

* **Presenta un Disturbo del Neurosviluppo associato a atipie nelle principali acquisizioni neuro-psicomotorie e comunicativo-linguistiche**

**(ICD10 F84.9).** Valido solo per i minori fino a 3 anni

**Associato a :**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al fine di stabilire un punteggio di gravità, compilare la seguente tabella, estrapolata dalle schede per l’inserimento nella lista d’attesa unica (deliberazione aziendale ASL Roma 5 n° 73 del 28/01/2019).

|  |
| --- |
| **Criterio di Gravità nel Disturbo dello Spettro dell’Autismo (ICD10 F84.0)** |

|  |  |
| --- | --- |
| Condizioni di urgenza | Punteggio |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| UrgenzaPunti 100 | * I bambini 0 - 3 anni con Disturbo del Neurosviluppo associato a atipie nelle principali acquisizioni neuro-psicomotorie e comunicativo-linguistiche

(ICD10 F84.9)* L’età 3 – 6 anni
* La presenza di problematiche comportamentali
 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Intervento Necessario (finestra evolutiva)Punti 100 | * < 6 anni
 |  |

|  |
| --- |
| Condizioni di Priorità |
| **Fasce di età** | **0- 2.11****mesi** | **3- 5,11****mesi** | **6- 10****Anni** | **>10****anni** | Punteggio |
| Q.I. | < 70 | 100 | 100 | 100 | 100 |  |
| > 70 | 100 | 100 | 50 | 50 |
| Competenze Comunicativo Linguistiche | Non verbale | 100 | 100 | 100 | 100 |  |
| VerbaleBasso | 100 | 100 | 75 | 75 |
| VerbaleAlto | 75 | 100 | 50 | 50 |
| Funzionamento Adattivocon riferimento all’età equivalente | Lievi:6-12 mesi | 100 | 100 | 50 | 24mesi | 50 |  |
| Moderati:>6-12 mesi | 100 | 100 | 100 | >24mesi | 75 |
| Problemi Comportamentali | Disturbopresente | 100 | 100 | 100 | 100 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Totale Punteggio di Gravità** |  |

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per l’équipe TSMREE Firma NPI

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_