



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI  
**VALLE del  
TEVERE**

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

**ALLEGATO C**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI COMA/STATO VEGETATIVO/MINIMA  
COSCIENZA**

Con la presente si certifica che il/la  
paziente \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_ ha ottenuto un  
punteggio nella scala Glasgow Come Scale (GCS) pari a \_\_\_\_\_.

Si allega alla presente copia della Glasgow Come Scale (GCS).

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

Data \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico )

\_\_\_\_\_



**COMUNI DI**

**Glasgow Coma Scale (GCS)**

La Glasgow Coma Scale prevede la valutazione combinata delle risposte oculari, verbali e motorie. Ad ognuna di queste corrisponde un punteggio, la cui somma rappresenta lo score, vale a dire il livello di coscienza del paziente. Lo score risulta dalla somma delle migliori risposte oculari, verbali e motorie ottenute.

Va precisato che le risposte motorie devono essere ricercate nell'arto superiore.

Lo stimolo algogeno appropriato e standardizzato è costituito dalla compressione del letto ungueale, oppure da un forte pizzicamento del cucullare o infine da una pressione sullo sterno con le nocche delle dita.

Area	Risposta	Punti
<b>Apertura Occhi</b>	Spontanea	4
	Alla voce	3
	Al dolore	2
	Nessuna	1

Area	Risposta	Punti
<b>Risposta Verbale</b>	Orientata	5
	Confusa	4
	Parole inappropriate	3
	Suoni incomprensibili	2
	Nessuna	1

Area	Risposta	Punti
<b>Risposta Motoria</b>	Ubbidisce al comando	6
	Localizza il dolore	5
	Retrae al dolore	4
	Flette al dolore	3
	Estende al dolore	2
	Nessuna	1

Data \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico)

\_\_\_\_\_



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI  
**VALLE** del  
**TEVERE**

**ALLEGATO C**

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI DIPENDENZA DA VENTILAZIONE MECCANICA**

Con la presente si certifica che il/la  
paziente \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_ è dipendente da  
ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa 24 ore al giorno 7 giorni su 7.

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

Data \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico )

\_\_\_\_\_



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI  
**VALLE del  
TEVERE**

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano

Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano

Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**ALLEGATO C**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI STATO DI DEMENZA**

Con la presente si certifica che il/la  
paziente \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_ ha ottenuto un  
risultato nella scala CDRS pari a \_\_\_\_\_

Si allega copia della Clinical Dementia Rating Scale (CDRS).

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

Data \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico )

\_\_\_\_\_



**COMUNI DI**

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

**Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa** (Articolo 3, comma 2, lettera c)  
*Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., et al (1982) A new clinical scale for the staging of dementia.*  
British Journal of Psychiatry, 140, 566 -572

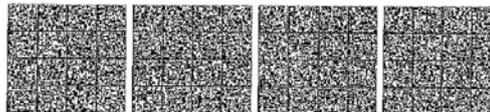
	NORMALE <b>CDR 0</b>	DEMENTIA DUBBIA <b>CDR 0.5</b>	DEMENTIA LIEVE <b>CDR 1</b>	DEMENTIA MODERATA <b>CDR 2</b>	DEMENTIA GRAVE <b>CDR 3</b>
<b>Memoria</b>	Memoria adeguata o smemorata occasionale	Lieve smemorata permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
<b>Orientamento</b>	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
<b>Giudizio soluzione problemi</b>	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
<b>Attività sociali</b>	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
<b>Casa e hobbies</b>	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
<b>Cura personale</b>	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.



Data \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico)



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI  
**VALLE del  
TEVERE**

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

## Clinical Dementia 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.



**COMUNI DI**

**ALLEGATO C**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI LESIONI SPINALI FRA C0 E C5**

Con \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ presente \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ certifica \_\_\_\_\_ che \_\_\_\_\_ il/la  
paziente \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_ ha ottenuto un  
risultato nella scala ASIA Scale (AIS) pari a \_\_\_\_\_

**ASIA Scale (AIS)**

<b>A = Completa</b>	Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4-S5
<b>B = Incompleta</b>	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4-S5
<b>C = Incompleta</b>	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico è più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3
<b>D = Incompleta</b>	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
<b>E = Normale</b>	Nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità integra, non disturbi sfinterici ma possibile alterazione dei riflessi)

**Le lesioni spinali da valutare ai fini della presentazione della domanda di finanziamento sono tra la C0 e la C5.**

**In caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate.**

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

Data \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico )

\_\_\_\_\_



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI  
**VALLE del  
TEVERE**

**ALLEGATO C**

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI GRAVISSIMA COMPROMISSIONE MOTORIA DA  
PATOLOGIA NEUROLOGICA O MUSCOLARE**

Con \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ presente \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ certifica \_\_\_\_\_ che \_\_\_\_\_ il/la  
paziente \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_ ha ottenuto un  
risultato nella scala \_\_\_\_\_ (compilare almeno una tra le seguenti scale: MRC/EDSS/Hoehn e Yahr)

pari a:

Si allega alla presente copia della scala \_\_\_\_\_.

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

Data \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico)

\_\_\_\_\_



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI  
**VALLE** del  
**TEVERE**

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

**MEDICAL RESEARCH COUNVIL (MRC).**

**Braccio destro: \_\_\_/5**

**Braccio sinistro: \_\_\_/5**

**Gamba destra: \_\_\_/5**

**Gamba sinistra: \_\_\_/5**

<b>5/5</b>	Movimento possibile contro resistenza massima
<b>4/5</b>	Movimento possibile solo contro resistenza minima
<b>3/5</b>	Movimento possibile solo contro gravità
<b>2/5</b>	Movimento possibile solo in assenza di gravità
<b>1/5</b>	Accenno al movimento
<b>0/5</b>	Assenza di movimento

Data \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico)

\_\_\_\_\_



**COMUNI DI**

## EXPANDED DISABILITY STATUS SCALE (EDSS)

**Punteggio ottenuto:** \_\_\_\_\_

Expanded Disability Status Scale (EDSS) (*Articolo 3, comma 2, lettera e*)

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 sedia 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 sedia.
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.

Data \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico)

\_\_\_\_\_



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI  
**VALLE del  
TEVERE**

## SCALA DI HOEHN E YAHR

### COMUNI DI

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

**Stadio clinico del paziente:** \_\_\_\_\_

**Scala di Hoehn e Yahr** (*Articolo 3, comma2, lettera e*)

La scala di Hoehn e Yahr è utile per definire lo stadio clinico del paziente affetto da morbo di Parkinson:

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.

Data \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico)



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI  
**VALLE del  
TEVERE**

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

**ALLEGATO C**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI DEPRIVAZIONE SENSORIALE COMPLESSA**

Con la presente si certifica che il/la  
paziente \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_ ha una

copresenza di minorazione visiva e ipoacusia.

Residuo visivo occhio destro: \_\_\_\_/20

Residuo visivo occhio sinistro: \_\_\_\_/20

Residuo perimetrico binoculare: \_\_\_\_%

Orecchio destro: \_\_\_\_ decibel htl media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz

Orecchio sinistro: \_\_\_\_ decibel htl media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

Data \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico)

\_\_\_\_\_



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI  
**VALLE del  
TEVERE**

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

**ALLEGATO C**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI SPETTRO AUTISTICO**

Con la presente si certifica che il/la  
paziente \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_ è affetto da una  
disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello \_\_\_\_\_ del DSM-5.

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

Data \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico)

\_\_\_\_\_



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI  
**VALLE del  
TEVERE**

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrta Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

**ALLEGATO C**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI RITARDO MENTALE GRAVE/PROFONDO**

Con la presente si certifica che il/la  
paziente \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_ è affetto da un  
ritardo mentale grave o profondo secondo la classificazione del DSM-5 con un QI pari a \_\_\_\_\_ e un  
punteggio nella scala LAPMER pari a \_\_\_\_\_

Si allega il test LAPMER.

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

Data \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico)

\_\_\_\_\_



**COMUNI DI**

**LEVEL OF ACTIVITY IN PROFOUND/SEVERE MENTAL RETARDATION**

Area	Risposta	Punti
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

Area	Risposta	Punti
Controllo Sfinteri	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

Area	Risposta	Punti
Comunicazione	Riesce a segnalare alcuni bisogni, attraverso un comportamento aspecifico o stereotipato	0
	Riesce a segnalare alcuni bisogni identificabili da comportamenti specifici	1
	Comunica verbalmente i suoi bisogni	2

Area	Risposta	Punti
Manipolazione	Assente, oppure azione di afferramento	0
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice-indice	2

Area	Risposta	Punti
Vestizione	Passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1

Area	Risposta	Punti
Locomozione	Stazionario sulla sedia/poltrona/letto	0



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI  
**VALLE del  
TEVERE**

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma    Formello    Riano  
Capena    Magliano Romano    Rignano Flaminio  
Castelnuovo di Porto    Mazzano Romano    Sacrofano  
Civitella San Paolo    Morlupo    Sant'Oreste  
Fiano Romano    Nazzano    Torrita Tiberina  
Filacciano    Ponzano Romano

	Si trasferisce nell'ambiente	1
--	------------------------------	---

Area	Risposta	Punti
<b>Orientamento nello spazio</b>	Non orientato	0
	Orientato solo in ambienti conosciuti	1
	Orientato negli spazi a lui non conosciuti	2

Area	Risposta	Punti
<b>Prassi</b>	Nessuna prassi, 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

Data \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico)

\_\_\_\_\_