



**REGIONE
LAZIO**



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE
**ASL
ROMA 5**



RMG3
TIVOLI



RMG1
MONTEROTONDO



RMG2
GUIDONIA M.



RMG4
OLEVANO R.



RMG5
SAN VITO R.



RMG6
CARPINETO R.

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 ENTRO IL DODICESIMO ANNO 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).

Critero di Gravità nel Disturbo dello Spettro dell'Autismo (ICD10 F84.0)

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

Urgenza Punti 100	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ < 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		
	Verbale Basso	100	100	75	75		
	Verbale Alto	75	100	50	50		
Funzionamento Adattivo con riferimento all'età equivalente	Lievi: 6-12 mesi	100	100	50	24 mesi	50	
	Moderati: >6-12 mesi	100	100	100	>24 mesi	75	
Problemi Comportamentali	Disturbo presente	100	100	100	100		

Totale Punteggio di Gravità	
------------------------------------	--

Luogo e Data _____

Per l'équipe TSMREE

Firma NPI
