

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 10 aprile 2025, n. 94.

Regolamento recante i criteri per l'accertamento della disabilità connessa ai disturbi dello spettro autistico, al diabete di tipo 2 e alla sclerosi multipla, applicabili nella valutazione di base nel periodo di sperimentazione.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI

E

IL MINISTRO PER LE DISABILITÀ

Visto l'articolo 17, commi 3 e 4, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Visto il decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509, recante «Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, della legge 26 luglio 1988, n. 291»;

Visto il decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 47 del 26 febbraio 1992, recante «Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti»;

Visto il decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66, recante «Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera c), della legge 13 luglio 2015, n. 107»;

Vista la legge 22 dicembre 2021, n. 227 recante «Delega al Governo in materia di disabilità»;

Visto il decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 recante «Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato» ed in particolare l'articolo 12, che prevede che con regolamento del Ministro della salute, da adottare entro il 30 novembre 2026, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentito il Ministro dell'istruzione e del merito, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentito l'INPS, si provvede all'aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento dell'invalidità civile, della cecità civile, della sordità civile e della sordocecità civile previsti dal decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 47 del 26 febbraio 1992, nonché alla definizione delle modalità per ricon-

durre l'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini scolastici di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66, all'interno del procedimento per la valutazione di base;

Visto l'articolo 9 del decreto-legge 31 maggio 2024, n. 71, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 106, che:

a) al comma 1 individua i territori nei quali si svolge la sperimentazione di cui all'articolo 33, comma 1, del decreto legislativo n. 62 del 2024;

b) al comma 7-bis prevede che, nelle more dell'adozione del regolamento di cui all'articolo 12, comma 1, del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, al fine di consentire la sperimentazione di cui all'articolo 33 del decreto legislativo, della durata di ventiquattro mesi a decorrere dal 1° gennaio 2025, nei territori individuati dal comma 1 dello stesso articolo 9, con regolamento da adottare, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto-legge, con decreto del Ministro della salute, di concerto con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sono stabiliti i criteri per l'accertamento della disabilità connessa ai disturbi dello spettro autistico, al diabete di tipo 2 e alla sclerosi multipla, tenendo conto delle differenze di sesso e di età e nel rispetto dei principi e criteri di cui al citato articolo 12 del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62;

Visto l'articolo 19-quater del decreto-legge 27 dicembre 2024, n. 202, convertito con modificazioni dalla legge 21 febbraio 2025, n. 15, che:

a) al comma 2, lettera b), differisce al 30 novembre 2026 il termine per la adozione del regolamento di cui all'articolo 12, comma 1, del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62;

b) al comma 2, lettera c), estende a ventiquattro mesi la durata della sperimentazione di cui all'articolo 33, comma 1, del decreto legislativo n. 62 del 2024;

Vista la Classificazione internazionale delle malattie - *International Classification of Diseases* (ICD), adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità conformemente agli articoli 21, lettera b), e 22 del Protocollo concernente la costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, stipulato a New York il 22 luglio 1946, reso esecutivo con decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 4 marzo 1947, n. 1068;

Vista la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - *International Classification of Functioning Disability and Health* (ICF), adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità conformemente agli articoli 21, lettera b), e 22 del Protocollo concernente la costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, stipulato a New York il 22 luglio 1946, reso esecutivo con decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 4 marzo 1947, n. 1068, edizione approvata dalla 54ª Assemblea mondiale della sanità il 22 maggio 2001, come modificata dagli aggiornamenti adottati dalla medesima Assemblea prima della data di entrata in vigore del presente decreto, nelle versioni linguistiche internazionalmente riconosciute secondo le modalità stabilite dall'Organizzazione mondiale della sanità;



Acquisito il concerto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali e dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità, rispettivamente con le note n. 421 del 16 gennaio 2025 e n. 1586 del 15 ottobre 2024;

Udito il parere del Consiglio di Stato espresso dalla sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 25 febbraio 2025;

Vista nota prot. n. 1063 del 6 marzo 2025, con la quale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, lo schema di regolamento è stato comunicato alla Presidenza del Consiglio dei ministri;

ADOTTA
il seguente regolamento:

Art. 1.

Finalità e ambito di applicazione

1. Il presente regolamento individua, in attuazione dell'articolo 9, commi 1 e 7-bis, del decreto-legge 31 maggio 2024, n. 71 convertito dalla legge 29 luglio 2024, n. 106, i criteri per l'accertamento della disabilità nella procedura di sperimentazione di cui all'articolo 33 del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, della durata di dodici mesi, dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2025, volta all'applicazione provvisoria delle disposizioni relative alla valutazione di base:

a) nelle province di Brescia, Catanzaro, Firenze, Forlì-Cesena, Frosinone, Perugia, Salerno, Sassari e Trieste;

b) per l'accertamento della condizione di disabilità connessa ai disturbi dello spettro autistico, al diabete di tipo 2 e alla sclerosi multipla, tenendo conto delle differenze di sesso e di età e nel rispetto dei principi e criteri di cui all'articolo 12 del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62.

2. I criteri di cui al comma 1 si applicano ai procedimenti di valutazione di base, espletati in via esclusiva all'INPS, secondo le modalità stabilite con il regolamento di cui all'articolo 33, commi 1 e 3 del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, sia nel caso in cui si tratti di una prima certificazione, sia nel caso si tratti di un'istanza di aggravamento.

Art. 2.

Criteri per l'accertamento della disabilità

1. Nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 9, comma 7-bis, del decreto-legge 31 maggio 2024, n. 71 convertito dalla legge 29 luglio 2024, n. 106, i criteri per l'accertamento della disabilità connessa ai disturbi dello spettro autistico, al diabete di tipo 2 e alla sclerosi multipla, tenuto conto delle differenze di sesso e di età nonché dei principi e dei criteri di cui all'articolo 12 del decreto legislativo, sono individuati negli allegati 1, 2 e 3, e relative schede tecniche, che formano parte integrante del presente decreto.

2. I criteri di cui al comma 1 sono individuati in coerenza con:

a) la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute, di cui all'articolo 11 del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62;

b) le scale specifiche e generiche, da utilizzare unitamente al WHODAS 2.0 - questionario di valutazione basato sull'ICF - che misura la salute e la condizione di disabilità per le persone maggiorenni, per l'accertamento della condizione di disabilità e per la determinazione dei relativi livelli di sostegno e della percentuale di invalidità civile.

Art. 3.

Comorbilità

1. Quando, nella stessa persona, vi è la contemporanea presenza di una o più patologie ulteriori rispetto a quelle che costituiscono lo specifico oggetto della sperimentazione ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b), l'accertamento dell'invalidità civile avviene:

a) secondo i criteri di cui agli allegati 1, 2 e 3, e relative schede tecniche, per le patologie oggetto della sperimentazione, indicate all'articolo 1, comma 1, lett. b);

b) ai sensi del decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992, per le altre patologie compresenti.

2. Nei casi di cui al comma 1, la percentuale complessiva di invalidità civile è determinata applicando i criteri di cui alla prima parte della «Nuova tabella indicativa delle percentuali di invalidità per le minorazioni e le malattie invalidanti» allegata al decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992.

3. Nei casi di cui al comma 1, il livello di sostegno di cui all'articolo 3, comma 2, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, è pari a quello più elevato tra quelli riconosciuti per ciascuna delle patologie.

Art. 4.

Clausola di invarianza finanziaria

1. Alle attività di cui al presente decreto si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Roma, 10 aprile 2025

Il Ministro: SCHILLACI

Visto, il Guardasigilli: NORDIO

Registrato alla Corte dei conti il 23 maggio 2025

Ufficio di controllo sugli atti del Ministero della salute e del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, n. 556



DIABETE MELLITO DI TIPO 2

1. INQUADRAMENTO CLINICO-EPIDEMIOLOGICO

1.1 Inquadramento clinico

Il diabete mellito di tipo 2 è una malattia metabolica cronica caratterizzata da livelli elevati di glucosio nel sangue, dovuta a un'alterazione della quantità o del meccanismo d'azione dell'insulina, che nel tempo porta a gravi danni al cuore, ai vasi sanguigni, agli occhi, ai reni e alle strutture nervose¹.

Il diabete mellito di tipo 2, detto anche diabete dell'adulto, rappresenta il 90% dei casi di diabete e si differenzia dal diabete tipo 1 (detto anche diabete giovanile, da deficit di insulina) per cause, età di insorgenza, sintomatologia di esordio, terapia e possibilità di prevenzione.

I criteri per la diagnosi di diabete, come definiti dall'ADA (American Diabetes Association), sono:

- 1) Emoglobina glicata A1C $\geq 6,5\%$ oppure
- 2) glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dL, oppure
- 3) glicemia ≥ 200 mg/dL in corso di prova da carico glicidico, oppure
- 4) glicemia ≥ 200 mg/dL random in una persona con segni o sintomi di iperglicemia².

Il diabete mellito di tipo 2 è malattia tipica dell'età adulta in quanto si manifesta dopo i 30-40 anni. Tuttavia, sono in aumento i casi in cui la patologia può comparire anche in età pediatrica adolescenziale, con caratteristiche simili al diabete mellito di tipo 2 dell'adulto, anche se sembra essere una condizione più severa e progressiva, e correlata agli stessi fattori di rischio quali l'obesità e lo stile di vita³.

1.2 Epidemiologia

Gli italiani affetti da diabete mellito di tipo 2 sono circa il 6% della popolazione, cioè quasi 4 milioni di persone. Si stima, tuttavia, che a questo numero possa aggiungersi circa 1,5 milione di persone a cui la malattia non è ancora stata diagnosticata. La prevalenza aumenta al crescere dell'età fino a un valore del 21% nelle persone con età uguale o superiore a 75 anni (dati ISTAT 2020)⁴.

Il diabete mellito di tipo 2 con codice di esenzione 013 è compreso nell'elenco delle malattie e condizioni croniche e invalidanti previste dai LEA - Allegato 8 (DPCM 12 gennaio 2017).

Caratteristica distintiva del diabete mellito è che, con il passare del tempo, all'iperglicemia cronica tendono ad associarsi alcune complicanze peculiari.

1.3 Complicanze

Il diabete può causare complicanze (evoluzione o conseguenza sfavorevole di una malattia) acute, quali la chetoacidosi diabetica, il coma iperosmolare o ipoglicemico e complicanze croniche nel lungo termine⁵.

Complicanze a lungo termine

Il diabete, nel corso degli anni, può dare complicanze a livello di diverse strutture e funzioni: sono interessati l'occhio, il rene, il sistema nervoso e il sistema cardiovascolare.

Il rischio di sviluppare queste complicanze, che possono essere gravemente invalidanti o addirittura mortali, può essere ridotto mantenendo un buon controllo della glicemia nel tempo.

Le "complicanze" croniche si dividono in complicanze di tipo microangiopatico (determinate dall'iperglicemia) e macroangiopatico (conseguenti ad aterosclerosi accelerata come effetto di un alterato assetto glucidico e lipidico).

¹ https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1

² American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes-2024. Diabetes Care. 2024 Jan 1;47(Suppl 1)

³ Zeitler P, Arslanian S, Fu J, et al. ISPAD (International Society of Paediatric and Adolescent Diabetes) Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Type 2 diabetes mellitus in youth. Pediatr Diabetes 19(Suppl) 27: 28-46, 2018.

⁴ <https://www.salute.gov.it/portale/diabete/dettaglioContenutiDiabete.jsp?lingua=italiano&id=5511&area=diabete&menu=vuoto>

⁵ <https://www.salute.gov.it/portale/nutrizione/dettaglioContenutiNutrizione.jsp?lingua=italiano&id=5511&area=nutrizione&menu=croniche&tab=3>



Complicanza / Comorbidità	Meccanismo d'azione
Microangiopatia	Alterazione vasi sanguigni di piccolo calibro (capillari) a livello di ➤ Retina (retinopatia diabetica) ➤ Rene (nefropatia diabetica) ➤ Sistema nervoso (neuropatia diabetica)
Macroangiopatia	Alterazione (aterosclerosi) dei grandi vasi a livello di ➤ Cuore (angina, cardiopatia ischemica, infarto miocardico) ➤ Vasi (arteriopatia obliterante diabetica) ➤ Cervello (ictus)

Nelle tabelle di invalidità civile del Dm 5/2/1992 e nelle Linee guida INPS del 2012 sono considerate complicanze del diabete mellito la "nefropatia", la "retinopatia", la "neuropatia" e la "arteriopatia ostruttiva". La neuropatia e/o l'arteriopatia occlusiva periferica possono determinare il "piede diabetico" che è la principale causa di amputazione d'arto non traumatica.

Le complicanze macroangiopatiche come la malattia coronarica, la cardiomiopatia e l'ictus, sono considerate come "**comorbidità**" in quanto associate spesso al diabete mellito⁶.

Il diabete mellito di tipo 2 è fortemente correlato a sovrappeso e obesità e condizionato da stili di vita non salutari, in particolare per quel che riguarda l'alimentazione e l'attività fisica. Quando il diabete si associa a ipertensione, obesità e dislipidemia, si parla di "sindrome metabolica"⁷.

Complicanze cardiovascolari^{8,9}

Il rischio di malattie cardiovascolari (angina, infarto, ictus, vasculopatia periferica, secondarie ad arteriosclerosi cerebrale e periferica) è da 2 a 4 volte più alto nelle persone con diabete che nel resto della popolazione ed è responsabile di oltre la metà delle morti per diabete.

Il diabete mellito di tipo 2, caratterizzato da uno stato di insulino-resistenza, iperinsulinemia ed elevati livelli plasmatici di glucosio, se associato ai classici fattori di rischio cardiovascolare, può determinare lo sviluppo di una malattia macrovascolare anche prima della diagnosi di diabete mellito manifesto.

Complicanze del sistema nervoso (neuropatia)

La neuropatia colpisce il 50% dei diabetici per danno a carico dei nervi stessi (neuropatia periferica) o degli organi interni da essi innervati (neuropatia vegetativa o autonoma).

La neuropatia periferica si manifesta a livello dei piedi e delle gambe con formicolii, dolori, riduzione progressiva della sensibilità, prima delle dita dei piedi, poi di tutto il piede e quindi della gamba, fino alla comparsa di ulcere cutanee.

La neuropatia autonoma può colpire l'apparato digerente, con diarrea o stipsi, nausea e vomito, gli organi genitali, causando disfunzione erettile ed impotenza negli uomini, il cuore, provocando aritmie come la fibrillazione atriale.

Piede diabetico

La neuropatia e/o la vasculopatia periferiche, aggravate da uno scompenso glicemico di lunga durata, possono causare ulcere ai piedi che, in caso di infezione, diventano più profonde e difficili da curare.

Se non trattati adeguatamente, questi piccoli focolai di infezione possono espandersi fino alla cancrena e alla necessità di amputare le dita o il piede o la gamba.

Complicanze renali (nefropatia)

Il diabete può provocare la perdita progressiva della funzione del rene, inducendo un grado crescente di insufficienza renale, fino alla perdita completa di funzione.

⁶ rif: Report ISTAT "Il diabete in Italia-2000-2016"

https://www.istat.it/it/files/2017/07/REPORT_DIABETE.pdf

⁷ <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/s/sindrome-metabolica>

⁸ Gestione del rischio cardiovascolare nel diabete: un documento congiunto delle società italiane di cardiologia (sic) e di diabetologia (SID) (2020)

⁹ Linee guida per il trattamento delle malattie cardiovascolari nei pazienti diabetici (European Society of Cardiology, 2023)



Il diabete, se non trattato adeguatamente, è tra le principali cause di insufficienza renale terminale che rende necessario il ricorso alla dialisi o al trapianto renale.

Complicanze oculari (retinopatia)

Il diabete può danneggiare i piccoli vasi sanguigni della retina, la parte posteriore dell'occhio che permette la visione, e può quindi provocare la perdita progressiva della vista, fino alla cecità. La retinopatia rappresenta la maggiore causa di cecità in soggetti in età lavorativa nei Paesi industrializzati, ma di solito insorge dopo almeno dieci anni di malattia diabetica, soprattutto se le glicemie non sono tenute sotto controllo per lungo tempo. Le persone con diabete sono più esposte anche al rischio di sviluppare cataratta e glaucoma.

2. CERTIFICATO MEDICO INTRODUTTIVO (Art. 8, comma 3, lettera b)

2.1 Documentazione da allegare al certificato medico introduttivo

Il certificato medico introduttivo reca quale contenuto essenziale anche la documentazione relativa all'accertamento diagnostico.

La documentazione da allegare al certificato medico introduttivo prevede per il diabete mellito di tipo 2:

- Emoglobina glicata (A1c) recente
- Relazione sullo stato della condizione diabetica redatta da medici dipendenti o convenzionati con il SSN o operanti presso strutture pubbliche o private accreditate, completa della terapia antidiabetica in atto, del grado di controllo glicemico e delle eventuali complicanze, con datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo"
- Documentazione clinica riguardante ricoveri e/o accessi al PS correlate al diabete
- Documentazione relativa alle complicanze

La diagnosi di diabete mellito di tipo 2, riportata nel Certificato medico introduttivo, deve essere codificata con la **versione di ICD vigente** così come le eventuali comorbidità.

2.2 Ulteriore eventuale documentazione

Riguardo alle complicanze del diabete, i principali accertamenti che possono essere allegati sono i seguenti:

- Retinopatia diabetica:
 - Valutazione oculistica, con valutazione dell'acuità visiva corretta e del campo visivo
 - Fundus oculi
 - OCT o Fluorangiografia
- Nefropatia diabetica:
 - Valutazione del filtrato glomerulare (VGF)
 - Valutazione della proteinuria e dell'albuminuria
- Neuropatia diabetica:
 - Valutazione neurologica completa preferibilmente accompagnata da:
 1. Elettroneuromiogramma
 2. Tests per la valutazione della neuropatia autonoma
- Arteriopatia diabetica:



- Valutazione angiologica preferibilmente accompagnata da:
 1. Ecocolordoppler arterioso arti inferiori
 2. AngioTAC o RM vasi periferici

3. CRITERI MEDICO-LEGALI PER LA VALUTAZIONE DELLA COMPROMISSIONE DURATURA E DELLE LIMITAZIONI NEL FUNZIONAMENTO

3.1 Premessa

I criteri medico-legali presentati di seguito vanno ad aggiornare i contenuti del DM 5 febbraio 1992.

3.2 Accertamento della compromissione duratura e sua significatività – d.lgs. 62/2024, art. 12, comma 2, lettere a), b)

L'accertamento della compromissione duratura e della sua significatività viene effettuato dall'Unità di Valutazione di Base (UVB) tenendo conto del certificato medico introduttivo, della documentazione allegata al certificato medico introduttivo e dell'ulteriore documentazione medica o sociale trasmessa o depositata entro i termini di legge dal richiedente.

A tale fine, l'UVB verifica nel diabete mellito di tipo 2 il decorso della malattia, l'efficacia e compliance delle cure e la comparsa ed evoluzione delle complicanze.

3.3 Accertamento della significatività

I livelli di gravità del diabete mellito di tipo 2 e delle sue complicanze permettono di accertare la significatività della malattia.

3.4 Compromissione duratura

La compromissione delle funzioni e/o delle strutture del corpo umano determinate dal diabete mellito di tipo 2 sono durature.

La valutazione tiene conto che i trattamenti farmacologici attualmente disponibili possono mantenere il compenso glicemico ed evitare l'insorgenza o l'aggravamento delle complicanze, ma non conducono a guarigione.

4. VALUTAZIONE PERCENTUALISTICA DELLA RIDUZIONE DELLA CAPACITÀ DI SVOLGERE ATTIVITÀ IN MOLTEPLICI DOMINI IN AMBITO DI INVALIDITA' CIVILE – art. 12, comma 2, lettera e)

4.1 Premessa

Il concetto di capacità lavorativa generica viene ricondotto al concetto più generale pertinente alla capacità di svolgere azioni in molteplici domini. Il concetto di capacità che viene assunto è quello di ICF ed è inteso come "abilità di svolgere attività in un ambiente standard".

Rimane fermo che la valutazione percentualistica della riduzione della capacità di svolgere attività in molteplici domini è valida solo per le persone adulte (fascia di età compresa tra 18 e 67 anni, con eventuali successivi adeguamenti normativi del limite massimo di età), nonché su richiesta dell'istante, a partire dai 16 anni, ai soli fini dell'iscrizione al collocamento mirato, fatti salvi ulteriori benefici specificatamente previsti.

La percentualizzazione è valida ai fini dell'aggiornamento della Tabella di cui al DM 1992.

Nell'ambito dell'invalidità civile dei minori e degli anziani, l'UVB verifica le difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età, ai fini della legge 289 del 1990 e della legge 118/1971.



4.2 Percentualizzazione

Ai sensi del D.Lgs. 62/2024, art. 12, comma 2, lettera e), vengono aggiornate le tabelle che portano ad individuare, ai soli fini dell'articolo 5, comma 1, lettere a), una percentuale correlata alle limitazioni nel funzionamento determinate dalla duratura compromissione. Tali limitazioni sono riconducibili alla riduzione di capacità secondo ICF in molteplici domini di attività.

Il grado di invalidità civile per il diabete mellito di tipo 2 varia in base alla gravità e alle complicazioni della patologia.

Occorre tenere presente che il diabete non ha scale specifiche di gravità clinica se non per le singole complicanze.

I parametri che consentono la distinzione in classi di gravità sono sostanzialmente due:

- il compenso metabolico
- la presenza (sì/no) ed entità (lieve/moderato/grave) delle complicanze:
 - complicanze renali
 - complicanze oculari
 - complicanze neurologiche
 - complicanze circolatorie periferiche

Tabella 1. Percentualizzazione Diabete Mellito di Tipo 2

CLASSI FUNZIONALI (2025)	
I CLASSE 0-30%	Diabete mellito di tipo 2 in terapia orale o insulina trattato in compenso buono / mediocre e NON complicato
I CLASSE 31-40%	Diabete mellito di tipo 2, in terapia insulinica, scompensato, NON complicato oppure in buon compenso ma con complicanze solo strumentalmente rilevate o di grado lieve (renali, oculari, neurologiche, circolatorie periferiche)
III CLASSE 41-60%	Diabete mellito di tipo 2, in terapia insulinica, in mediocre compenso o scompensato con complicanze di grado lieve (renali, oculari, neurologiche, circolatorie periferiche)
IV CLASSE 61-90%	Diabete mellito di tipo 2, in terapia insulinica, in compenso buono / mediocre / scompensato con complicanze di grado moderato (renali, oculari, neurologiche, circolatorie periferiche)
V CLASSE 91-100%	Diabete mellito di tipo 2, in terapia insulinica, con complicanze di grado grave (renali, oculari, neurologiche, circolatorie periferiche)

Tabella 2. Parametri del compenso metabolico per la distinzione delle classi in base al grado

Compenso glicemico nel Diabete mellito di tipo 2

- **buon compenso metabolico:** A1c $\leq 7.0\%$
- **mediocre compenso metabolico:** A1c $>7\%$ e $<10\%$
- **scompensato:** A1c: $>10\%$



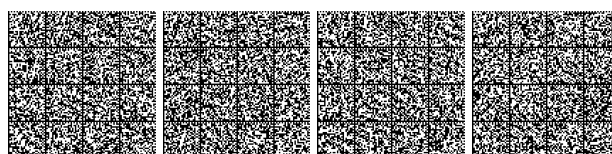
Tabella 3. Grado delle complicanze**Grado delle Complicanze (renali e/o oculari e/o neurologiche e/o vascolari periferiche) del Diabete mellito 2**

complicanze di grado lieve	• Nefropatia lieve definita da: VFG <90>60ml/min e/o albuminuria <30mg/24h o Albuminuria/Creatinuria <30mg/g • Retinopatia non proliferante, moderata, definita da microaneurismi ed emorragie con essudati, senza edema maculare • Neuropatia strumentalmente rilevata e definita da segni riferibili ad alterazioni specifiche della sensibilità tattile, dolorifica e termica • Arteriopatia ostruttiva strumentalmente rilevata con claudicatio che compare a meno di 500 m.
complicanze di grado moderato	• Nefropatia moderata definita da: VFG <60>30ml/min e/o albuminuria 30-300mg/24h o Albuminuria/Creatinuria 30-300mg/g • Retinopatia lieve o moderata non-proliferante con edema maculare e deficit visivo oppure retinopatia proliferante • Neuropatia strumentalmente rilevata e definita da segni riferibili ad alterazioni specifiche della sensibilità tattile, dolorifica e termica con sintomatologia dolorosa • Arteriopatia ostruttiva con claudicatio a meno di 300 m. senza dolore a riposo o lesioni ischemiche
complicanze di grado grave	• Nefropatia definita da: VFG <30 ml/min e/o albuminuria >300mg/24h o Albuminuria/Creatinuria >300mg/g • Retinopatia proliferante o non-proliferante grave con residuo visivo corretto non superiore a 1/10 o con residuo campimetrico binoculare < 30% • Neuropatia definita da: presenza di piede diabetico, o piede di Charcot, o ipotensione posturale con episodi lipotimici ricorrenti, o gastroparesi con difficoltà all'alimentazione, o vescica neurogena con necessità di cateterizzazione, o neuropatia prossimale degli arti inferiori (cosiddetta amiotrofia diabetica) • Arteriopatia ostruttiva agli arti inferiori definita da presenza di dolore ischemico a riposo o con claudicatio a meno di 100 m., gangrena, amputazioni di un arto

La percentualizzazione in caso di comorbidità viene determinata utilizzando i seguenti criteri:

- quando le ulteriori condizioni di salute interessino le medesime strutture e/o funzioni del corpo umano, allora si procede a una valutazione complessiva, che non deve di norma consistere nella somma aritmetica delle singole percentuali, bensì in un valore percentuale proporzionale a quello previsto per la perdita totale della struttura o delle funzioni in questione. Nella valutazione complessiva non si tiene conto delle condizioni di salute valutate tra lo zero e il 10 per cento, ai sensi dell'art. 5 del decreto legislativo n. 509 del 1988, purché non concorrenti tra loro;
- quando vi sia una sola ulteriore condizione di salute che riguardi altre strutture o altre funzioni del corpo umano, allora si procede a eseguire il calcolo riduzionistico, utilizzando la formula detta di Balthazard¹⁰: $inv_{tot} = inv_1 + inv_2 - inv_1 \times inv_2$, dove:
 - inv_{tot} è la percentuale di invalidità riconosciuta al concorso tra le due distinte condizioni di salute;
 - inv_1 è la percentuale di invalidità riconosciuta alla prima condizione, nel caso corrente il disturbo dello spettro autistico;

¹⁰ Balthazard V. Précis de Médecine Légale. Librairie J.B. Bailliére et fils. Paris, 5 Ed., (1935) 324-333



- inv_2 è la percentuale di invalidità riconosciuta alla seconda condizione, cioè quella che riguarda strutture o funzioni diverse.

La formula deve essere applicata ai valori espressi in decimali (es 0,62 anziché 62 per cento).

- quando vi sia più d'una ulteriore condizione di salute che riguardi altre strutture o altre funzioni del corpo umano, si applicherà in successione la formula di Balthazard (v. punto precedente), sino a considerarle tutte. Non ha importanza l'ordine col quale si procede, a condizione che l'arrotondamento alla percentuale (due cifre decimali) sia effettuato solo sul risultato finale.

4.3 Utilizzo WHODAS 2.0 ai fini della percentualizzazione

Il World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0¹¹), strumento di misura della disabilità, viene utilizzato per valorizzare la partecipazione della persona nel processo valutativo e per integrare i parametri utilizzati per l'individuazione della percentuale di invalidità civile. A tal fine la percentuale finale, individuata anche in caso di comorbidità con i criteri previsti dal DM 5 febbraio 1992, parte I, paragrafo 3, può essere modificata come segue:

- ⇒ moltiplicandola per un valore compreso tra 1 e 1,05 in caso di punteggio WHODAS 2.0 compreso tra 26 e 40;
- ⇒ moltiplicandola per un valore compreso tra 1,06 e 1,10 in caso di punteggio WHODAS 2.0 compreso tra 41 e 100.

Il valore che ne scaturisce è arrotondato¹² all'intero più vicino e, in ogni caso, non supera il 100%.

Si utilizza il punteggio WHODAS 2.0 complessivo ST_S36, salvo per gli anziani in età non lavorativa e per le persone prive di occupazione retribuita per i quali si usa ST_S32.

Il punteggio WHODAS 2.0 integra la valutazione solo se compatibile con il quadro clinico e documentale riscontrato. L'UVB, nel caso di incompatibilità, può richiedere l'integrazione documentale nei soli casi in cui sia necessaria per il riconoscimento di una più elevata valutazione percentuale.

Il WHODAS 2.0 è stato utilizzato per la valutazione della disabilità nelle malattie croniche¹³ e nel diabete mellito di tipo 2¹⁴.

5. PROFILO DI FUNZIONAMENTO AI FINI DELLA VALUTAZIONE DI BASE (Articolo 12, comma 2, lettera h; Articolo 12, comma 2, lettera f; Art. 10, comma 1, lettera d)

Le scale specifiche (relative alle complicità) e le scale generiche per la valutazione dell'autonomia nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana sono state codificate in ICF ai fini dell'individuazione del profilo di funzionamento.

La codifica ICF è stata predisposta dal Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali. Si fa ricorso alla versione ICF aggiornata al 2018 pubblicata su Portale italiano delle classificazioni sanitarie¹⁵.

¹¹ Frattura L, Tonel P, Zavaroni C (Curatori dell'edizione italiana). Misurare la Salute e la Disabilità: Manuale dello Strumento OMS per la Valutazione della Disabilità WHODAS 2. Centro Collaboratore Italiano per la Famiglia delle Classificazioni Internazionali, Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia, per il tramite della SS Area delle Classificazioni, Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 Bassa Friulana-Isontina. Udine 2018. Licenza: CC BY-NC-ND 4.0. Scaricabile da Portale italiano delle classificazioni sanitarie, www.reteclassificazioni.it

¹² Arrotondamento "Round to nearest, ties away from zero", IEEE 754-1985.

¹³ Garin et al., Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patient with chronic diseases. Health and Quality of Life Outcomes 2010, 8:51

¹⁴ Camargo A. et al., Disability assessment of individuals with diabetes mellitus: a cross-sectional study with the WHODAS 2.0. Fisioter Pesqui. 2022;29(3):258-264

¹⁵ Frattura L, Tonel P, Zavaroni C, Nardo E. ICF 2018 - Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Nuova traduzione in italiano della classificazione a un livello, a due livelli e dettagliata con definizioni, comprensiva degli aggiornamenti cumulativi 2011-2018. Trieste:



Per l'individuazione del profilo di funzionamento della persona con diabete mellito di tipo 2, vengono di seguito riportate le principali **scale specifiche** di gravità clinica per le **complicanze** della patologia.

Compenso glicemico nel diabete mellito	Parametro di riferimento e suoi valori	Codice ICF riferito al parametro di riferimento	Valore del qualificatore ICF generico per estensione / gravità della compromissione	Codifica ICF del parametro di riferimento e della sua compromissione
Buon compenso metabolico	A1c ≤ 7.0%	b540 Funzioni metaboliche generali Funzioni relative alla regolazione delle componenti essenziali dell'organismo, come carboidrati, proteine e grassi, alla trasformazione di una componente in un'altra e alla loro trasformazione in energia. (b5401 Metabolismo dei carboidrati)	0	b540._0
Mediocre compenso metabolico	A1c >7% e <10%		2	b540._2
Scompensato	A1c >10%		4	b540._4

STADI DELLA MALATTIA RENALE CRONICA ¹⁶		Parametro di riferimento e suoi valori	Codice ICF riferito al parametro di riferimento	Valore del qualificatore ICF generico per estensione / gravità della compromissione	Codifica ICF del parametro di riferimento e della sua compromissione
Stadio	Descrizione	GFR (ml/min per 1,73 m ²)			
1	Danno renale con GFR normale o aumentato	>90	b610 Funzioni relative all'escrezione dell'urina Funzioni relative a filtrazione e raccolta dell'urina. (b6100 Filtrazione dell'urina)	0	b610._0
2	Danno renale con GFR lievemente ridotto	60-89		1	b610._1
3	Moderata riduzione del GFR	30-59		2	b610._2
4	Grave riduzione del GFR	15-29		3	b610._3
5	Insufficienza renale terminale	<15 o dialisi		4	b610._4

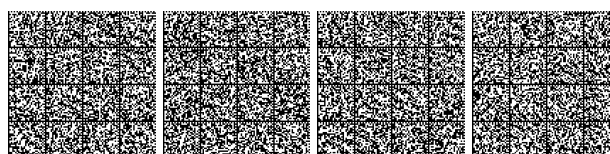
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina; 2022. Licenza: CC BY-NC-ND 4.0. Scaricabile da Portale italiano delle Classificazioni sanitarie, www.reteclassificazioni.it

¹⁶ Linee guida K/DOQI della National Kidney Foundation, 2002. Am J Kidney Dis. 2002 Feb;39(2 Suppl 1):S1-266.



CLASSIFICAZIONE DELLA RETINOPATIA DIABETICA (come definita da ETDRS - Early Treatment Diabetic Retinopathy Study) ¹⁷				
Severità della retinopatia diabetica	Parametro di riferimento: Segni	Codice ICF riferito al parametro di riferimento	Valore del qualificatore ICF generico per estensione / gravità della compromissione	Codifica ICF del parametro di riferimento e della sua compromissione
Retinopatia diabetica non proliferativa (NPRD)				
NPRD molto lieve	Solo microaneurismi	s220 Struttura del bulbo oculare (s2203 Retina)	1	s220._1
NPRD lieve	Essudati duri, essudati cotonosi, e/o emorragie retiniche		2	s220._2
NPRD moderata	Emorragie retiniche in 1-3 quadranti Emorragie retiniche severe in almeno un quadrante. Presenza di alterazioni microvascolari (IRMA) in non più di un quadrante. Dilatazione venosa in almeno un quadrante		3	s220._3
NPRD severa	Uno dei seguenti criteri: • Emorragie retiniche severe in 4 quadranti. • IRMA moderati o severi in almeno un quadrante. • Dilatazione venosa in almeno due quadranti		4	s220._4
Retinopatia diabetica proliferativa (PDR)				
PDR lieve	NVE < 0.5 area papillare in uno o più quadranti		1	s220._1
PDR moderata	NVE ³ 0.5 area papillare in uno o più quadranti NVD (<0.25-0.33 area papillare)		2	s220._2
PDR ad alto rischio	NVD >0.33 area papillare o come PDR moderata ma con		3	s220._3

¹⁷ Wilkinson C.P. et al., Proposed international clinical diabetic retinopathy and diabetic macular edema disease severity scales, Ophthalmology, Volume 110, Issue 9, September 2003, Pages 1677-1682.



	emorragie vitreali o preretiniche che oscurano > 1 diametro papillare			
--	---	--	--	--

Gradazione del deficit visivo ¹⁸	Parametro di riferimento e suoi valori		Codice ICF riferito al parametro di riferimento	Valore del qualificatore ICF generico per estensione / gravità della compromissione	Codifica ICF del parametro di riferimento e della sua compromissione
	Acuità visiva a distanza				
	Inferiore a:	Uguale o superiore a:			
Deficit visivo lieve o inesistente		6/18 3/10 (0.3) 20/70	b210 Vista Funzioni sensoriali relative alla percezione della presenza della luce e alla percezione di forma, dimensione e colore degli stimoli visivi. <i>(b2100 Funzioni dell'acuità visiva)</i>	0 Oppure 1	b210._0 Oppure b210._1
Deficit visivo moderato	6/18 3/10 (0.3) 20/70	6/60 1/10 (0.1) 20/200		2	b210._2
Deficit visivo grave	6/60 1/10 (0.1) 20/200	3/60 1/20 (0.05) 20/400		3	b210._3
Cecità	3/60 1/20 (0.05) 20/400	1/60 Oppure contare le dita a 1 metro 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)		4	b210._4
Cecità	1/60* 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)	Percezione della luce		4	b210._4
Cecità	Assenza di percezione della luce			4	b210._4

Parametri per valutazione neurologica in paziente diabetico e codifica ICF tenendo conto dei parametri previsi da *Diabetic Neuropatic Index* e da *Michigan Diabetic Neuropathy Score*

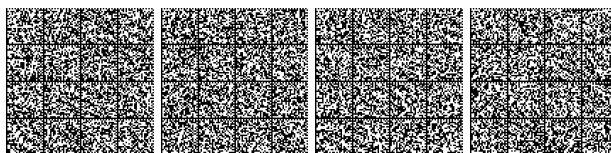
***Diabetic Neuropatic Index*¹⁹**

¹⁸ Classificazione della gravità del deficit visivo basata sulla Risoluzione del Consiglio Internazionale di Oftalmologia (2002) e sulle Raccomandazioni formulate dalla consultazione organizzata dall'OMS riguardante lo "Sviluppo di Standard per la Caratterizzazione della Perdita della Vista e del Funzionamento Visivo" (settembre 2003).

¹⁹ Fedele D et al. DiabetesCare 1997 May;20(5):836-43; BaxG. et al. DiabetesCare 1996 Aug;19(8):904-5; Punteggio totale: 8; Test positivo: punteggio >2



Parametro	Valore del parametro: Punteggio (per ogni lato)	Codice ICF riferito al parametro considerato	Valore del qualificatore ICF generico di estensione / gravità della compromissione
Ispezione del piede: • deformità • cute secca • callosità • infezione • ulcera	Normale = 0 Alterato = 1 (se ulcera = + 1)	s750 Strutturatura dell'arto inferiore (s7502 Struttura della caviglia e del piede)	0 1 oppure 2 3
Riflessi achillei	Presente = 0 Con rinforzo = 0,5 Assente = 1	b750 Funzioni del riflesso motorio Funzioni relative alla contrazione involontaria dei muscoli indotta automaticamente da stimoli specifici. <i>Inclusioni:</i> funzioni del riflesso motorio miotatico o da stiramento, riflesso articolare locale, riflessi provocati da stimoli nocicettivi o da altri stimoli esteroceettivi; riflesso di retrazione, riflesso bicipitale, riflesso radiale, riflesso quadricipitale, riflesso rotuleo, riflesso achilleo, comparsa e persistenza dei riflessi	0 1 4
Sensibilità vibratoria dell'alluce	Presente = 0 Ridotta = 0,5 Assente = 1	b270 Funzioni sensoriali relative a temperatura e ad altri stimoli Funzioni sensoriali relative alla percezione di temperatura, vibrazioni, pressione, e stimoli nocicettivi. <i>Inclusioni:</i> funzioni relative alla sensibilità a temperatura, vibrazione, tremore, oscillazione, pressione superficiale, pressione profonda, sensazione di bruciore o stimoli nocicettivi	0 2 (Poiché non è indicata la gravità della riduzione della sensibilità, codifichiamo l'informazione un valore intermedio tra lieve compromissione e compromissione elevata) 4



		<i>Esclusioni:</i> tatto (b265); sensazione di dolore (b280)	
--	--	--	--

Michigan Diabetic Neuropathy Score²⁰

Valutazione della sensibilità

b270 Funzioni sensoriali relagve a temperatura e ad altri sg moli

Funzioni sensoriali relative alla percezione di temperatura, vibrazioni, pressione, e stimoli nocicettivi.

Inclusioni: funzioni relative alla sensibilità a temperatura, vibrazione, tremore, oscillazione, pressione superficiale, pressione profonda, sensazione di bruciore o stimoli nocicettivi

	Sensibilità	Normale	Ridoj a	Assente
Piede destro	Vibrazione all'alluce	0	1	2
	Filamento 10 g (n° risposte esatte:)	0	1	2
	Punta di spillo sul dorso dell'alluce	Dolorosa 0		Non dolorosa 2
Piede sinistro	Vibrazione all'alluce	0	1	2
	Filamento 10 g (n° risposte esatte:)	0	1	2
	Punta di spillo sul dorso dell'alluce	Dolorosa 0		Non dolorosa 2

Gradazione del problema secondo lo score	Valore del qualificatore ICF generico di estensione / gravità della compromissione
normale	0
ridotto	2 (Poiché non è indicata la gravità della riduzione della sensibilità, codifichiamo l'informazione un valore intermedio tra lieve compromissione e compromissione elevata)
assente	4

Valutazione della forza muscolare

b730 Funzioni della forza muscolare

Funzioni relative alla forza generata dalla contrazione di un muscolo e di gruppi di muscoli.

Inclusioni: funzioni relative alla forza di specifici muscoli e gruppi di muscoli, muscoli di un arto, di un lato del corpo, della metà inferiore del corpo, di tutti gli arti, del tronco e dell'intero corpo; problemi come debolezza dei piccoli muscoli dei piedi e delle mani, paresi muscolare, paralisi muscolare, monoplegia, emiplegia, paraplegia, quadriplegia, mutismo acinetico

²⁰ Feldman El et al. Diabetics Care 17:1281-1289, 1994



	Manovra	Normale	Deficit lieve moderato	Deficit severo	Forza assente
Destra	Allargamento delle dita delle mani	0	1	2	3
	Estensione dell'alluce	0	1	2	3
	Dorsiflessione della caviglia	0	1	2	3
Sinistra	Allargamento delle dita delle mani	0	1	2	3
	Estensione dell'alluce	0	1	2	3
	Dorsiflessione della caviglia	0	1	2	3

Gradazione del problema secondo lo score	Valore del qualificatore ICF generico di estensione / gravità della compromissione
normale	0
deficit lieve moderato	1 oppure 2
deficit severo	3
forza assente	4

Valutazione dei riflessi

b750 Funzioni del riflesso motorio

Funzioni relative alla contrazione involontaria dei muscoli indotta automaticamente da stimoli specifici.

Inclusioni: funzioni del riflesso motorio miotatico o da stramento, riflesso articolare locale, riflessi provocati da stimoli nocicettivi o da altri stimoli esteroceettivi; riflesso di retrazione, riflesso bicipitale, riflesso radiale, riflesso quadricipitale, riflesso rotuleo, riflesso achilleo, comparsa e persistenza dei riflessi

	Riflesso	Presente	Presente con rinforzo	Assente
Destra	Bicipitale	0	1	2
	Tricipitale	0	1	2
	Rotuleo	0	1	2
	Achilleo	0	1	2
Sinistra	Bicipitale	0	1	2
	Tricipitale	0	1	2
	Rotuleo	0	1	2
	Achilleo	0	1	2

Gradazione del problema secondo lo score	Valore del qualificatore ICF generico di estensione / gravità della compromissione
presente	0
presente con rinforzo	1
assente	4

Parametro di riferimento e valori di riferimento:	Codice ICF riferito al parametro di riferimento	Valore del qualificatore ICF generico per estensione / gravità della compromissione	Codifica ICF del parametro di riferimento e della sua compromissione
INDICE ABI ²¹			

²¹ McDermott MM et al., Lower ankle brachial index and association with leg functioning in peripheral arterial disease. J Vasc Surg 2000; 32: 1164-71



0,91 – 1,30	Normale	b415 Funzioni dei vasi sanguigni Funzioni relative al trasporto di sangue nel corpo. Inclusioni: funzioni di arterie, capillari e vene; funzioni vasomotorie; funzioni di arterie, capillari e vene polmonari; funzioni delle valvole venose, blocco o ostruzione delle arterie; aterosclerosi, arteriosclerosi, tromboembolismo e vene varicose <i>(b4150 Funzioni delle arterie) Funzioni relative al flusso sanguigno nelle arterie. Inclusioni: problemi come nella dilatazione arteriosa; costrizione arteriosa come nella claudicatio intermittens</i>	0	b415._0
0,70 – 0,90	AOP lieve		1	b415._1
0,40 – 0,69	AOP moderata		2	b415._2
< 0,40	AOP severa		3	b415._3
> 1,30	Arterie non comprimibili		4	b415._4

Per l'individuazione del profilo di funzionamento della persona adulta, limitatamente ai domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentali agli atti di vita quotidiana, con necessità di sostegni continuativi, sono state identificate due scale generiche le cui attività/azioni indagate sono state codificate in ICF:

1. L'**Indice di Barthel** è uno strumento di misura, validato in italiano²², comunemente utilizzato per valutare l'autonomia nello svolgimento delle attività di base di vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL) (Scheda tecnica 1).
2. La **Scala di Lawton-Brody**²³ è uno strumento di misura per valutare le attività strumentali della vita quotidiana (Instrumental Activities of Daily Living Scale, IADL) attraverso 31 items in 8 diversi domini (Scheda tecnica 2).

6. INDIVIDUAZIONE DEI REQUISITI PER L'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

La valutazione, da parte della UVB, dei requisiti dell'indennità di accompagnamento nel diabete mellito di tipo 2 rimanda alla L. 18/80 e alla L. 508/1988 (impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ovvero incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita con conseguente necessità di assistenza continua) e si aggiorna con le indicazioni della giurisprudenza della Corte di Cassazione sulla opportunità di considerare anche la capacità della persona di rendersi conto della portata dei singoli atti.

È da rilevare che la retinopatia diabetica è una delle principali cause di cecità per la quale, in ambito assistenziale, sono previsti due tipi di prestazioni:

- Pensione e Indennità di accompagnamento ai ciechi civili assoluti
- Pensione e Indennità speciale per i ciechi civili parziali ("ventesimisti")

La Corte Costituzionale (sentenza n. 346/1989) ha precisato che la cecità parziale può costituire fattore concorrente per integrare, insieme alle altre minorazioni, il requisito del diritto all'indennità di accompagnamento.

²² Galeoto et al. The Barthel Index: Italian Translation, Adaptation and Validatio. Int J Neurol Neurother 2015, 2:2

²³ Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t06803-000>



Nel caso in cui invece il requisito dell'indennità di accompagnamento della persona diabetica in ambito di invalidità civile sia determinato dalla condizione di cecità assoluta, la specifica sezione valutativa del nuovo Certificato attestante la condizione di disabilità si deve esprimere in merito:

- all'indennità di accompagnamento per ciechi assoluti.
- ai soli fini della invalidità civile, per la eventuale liquidazione delle relative prestazioni economiche, in riferimento alle compromissioni che non riguardano la funzione visiva
- al riconoscimento degli altri benefici di tipo normativo per invalidità civile, in riferimento a tutte le compromissioni, ivi comprese quelle che danno luogo alla tutela della cecità.

7. REVISIONE DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ (Art. 12, comma 2, lettera d)

Il diabete mellito di tipo 2 è fortemente correlato a sovrappeso e obesità, scorretta alimentazione, sedentarietà nonché a condizioni socio-economiche svantaggiate e pertanto è in parte prevenibile attraverso interventi sull'ambiente di vita e azioni che favoriscano il compenso glicemico mediante la modifica degli stili di vita non salutari, in particolare per quel che riguarda l'alimentazione e l'attività fisica.

Tuttavia, il diabete nel tempo determina, attraverso le complicanze, progressive e gravi compromissioni delle funzioni e delle strutture del corpo umano e pertanto è da considerarsi condizione non soggetta a revisione.

8. CASI DI ESONERO GIÀ STABILITI – ESCLUSI IL CONTROLLO NEL TEMPO (Art. 12, co. 2, lettera c)

Il D.M. 2 agosto 2007 prevede la possibilità, per le persone che ne abbiano i requisiti, essere definitivamente esonerate *da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap*. Il decreto ministeriale non elenca le patologie ma individua 12 situazioni, relative a condizioni patologiche, per cui è previsto l'esonero dalle visite di revisione per le persone riconosciute invalide, indicando per ciascuna voce la documentazione sanitaria, rilasciata da struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, idonea a comprovare, sulla base di criteri diagnostici e di valutazioni standardizzati e validati dalla comunità scientifica internazionale, la duratura compromissione.

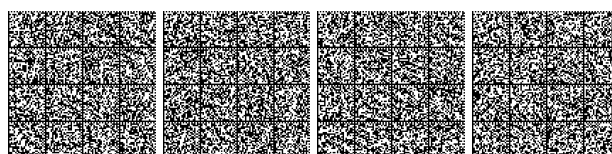
La condizione di esonero in cui può rientrare una persona con diabete mellito di tipo 2 può essere prevista ai seguenti punti del decreto:

- (3) Perdita della funzione emuntoria del rene, in trattamento dialitico, non trapiantabile
- (4) Perdita anatomica o funzionale bilaterale degli arti superiori e/o degli arti inferiori,
- (11) Deficit totale della visione

Per il diabete mellito di tipo 2 si ritiene opportuno modificare la voce n. 4 del DM 2/8/2007: "Amputazione anche parziale o deformità degli arti inferiori".

9. EFFICACIA PROVVISORIA (Art. 12, comma 2, lettera l)

Il diabete è una malattia cronica. Il diritto di accedere provvisoriamente alle prestazioni sociali, sociosanitarie e socioassistenziali -anche prima della conclusione del procedimento valutativo di base- può essere ammesso in caso di improvviso grave scompenso metabolico o di acuzie di complicanze o comorbidità.



10. ACCERTAMENTO SULLA SOLA BASE DEGLI ATTI (Art. 12, comma 2, lettera m)

La valutazione senza il ricorso alla visita diretta (art. 6, comma 2), attivabile su richiesta dell'istante, è possibile solo se la documentazione sanitaria allegata al certificato medico introduttivo rilasciata da strutture pubbliche o private accreditate dal SSN, riporta un livello di gravità 5 (secondo i nuovi criteri) con datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo.

11. INDIVIDUAZIONE DEI LIVELLI DI SOSTEGNO ai sensi della legge 104/1992, art. 3 (Art. 12, comma 2, lettera i)

Il sostegno si attua con attività anche intervallate da momenti di attesa qualificabili come assistenza passiva.

Il sostegno intensivo è caratterizzato dalla necessità di un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale. L'intervento è:

- permanente quando la sua durata si protrae nel tempo;
- continuativo quando è costante o con frequenza ricorrente;
- globale quando è strumentale allo svolgimento della vita quotidiana, dell'apprendimento, del lavoro e della vita di relazione.

Pertanto, il sostegno intensivo (elevato o molto elevato) viene riconosciuto alla persona con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 con punteggio complessivo WHODAS 2.0 a 36 items ≥ 40 .

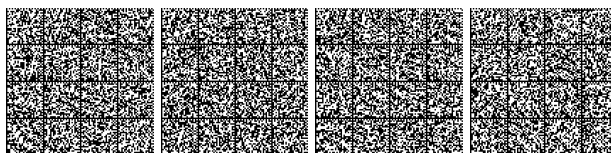
Nei casi rimanenti viene riconosciuto il sostegno lieve o medio alla persona con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 con punteggio WHODAS 2.0 a 36 items < 40 .

L'UVB, nel caso di incompatibilità tra le scale disponibili, può richiedere l'integrazione documentale.

Tabella 4. Definizione dei livelli di sostegno in relazione alla condizione personale e alle potenziali barriere ambientali

COMPROMISSIONE Funzioni e/o Strutture	FATTORI AMBIENTALI	PARTECIPAZIONE	LIVELLO DI SOSTEGNO	Fasce
DURATURA E SIGNIFICATIVA	Barriere ambientali che potrebbero limitare lo svolgimento delle attività o restringere la partecipazione	Rischio potenziale di restrizione della partecipazione tale da richiedere assistenza	LIEVE	1
			MEDIO	2
		Rischio potenziale di restrizione della partecipazione tale da richiedere assistenza permanente, continua e globale.	ELEVATO	3
			MOLTO ELEVATO	4

Si discrimina tra sostegno intensivo elevato e molto elevato oppure tra sostegno lieve e sostegno medio in ragione della frequenza e dell'intensità del sostegno.



12. Criteri per la definizione della condizione di NON AUTOSUFFICIENZA (Articolo 12, comma 2, lettera g)

I criteri per valutare la condizione di non autosufficienza, ai fini della valutazione di base e in coerenza con il D.lgs 29/2024, sono le disabilità pregresse, le gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e il funzionamento bio-psico-sociale, anche in relazione all'età anagrafica.

È ritenuto sufficiente per il riconoscimento della non autosufficienza il possesso di almeno una delle due condizioni riportate di seguito:

1. titolarità dell'indennità di accompagnamento;
2. necessità di intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale e di relazione (con art. 3, comma 3, legge n. 104/1992).

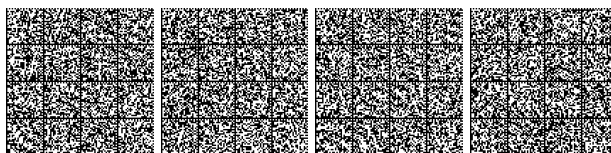
Chi è già stato riconosciuto non autosufficiente prima dell'avvio della sperimentazione (per esempio, dalle pregresse Unità di Valutazione Multidimensionale dei territori), mantiene tale riconoscimento.

13. MODALITÀ PER RICONDURRE L'ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ NEI DOMINI RELATIVI AL LAVORO E ALLA FORMAZIONE SUPERIORE PER GLI ADUTI (Art.12, comma 2, lettera h)

Ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lett. f), del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, l'unità di valutazione di base effettua l'accertamento della condizione di disabilità ai fini dell'inclusione lavorativa per gli effetti della legge 12 marzo 1999, n. 68, secondo quanto già previsto dal decreto del Presidente del consiglio dei ministri del 13 gennaio 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 22 febbraio 2000, n. 43.

14. MODALITÀ PER RICONDURRE L'ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA AI FINI SCOLASTICI DI CUI ALL'ARTICOLO 5 DEL D.LGS 66/2017 (Art.12, comma 3)

Il diabete mellito di tipo 2 è una malattia che si manifesta dopo i 30-40 anni e quindi oltre l'età scolastica. Tuttavia non si può escludere una insorgenza precoce in età adolescenziale e in questo caso la UVB, tenuto conto delle evidenze del procedimento, si esprime in merito al riconoscimento o meno della condizione di disabilità ai fini dell'inclusione scolastica ai sensi dell'articolo 5, comma 6 del D.lgs 66/2017, nonché del Decreto 14 settembre 2022 del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Istruzione, del Ministro dell'Economia e delle Finanze, del Ministro per gli Affari Generali e le Autonomie e del Ministro per le disabilità.



DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

1. INQUADRAMENTO CLINICO-EPIDEMIOLOGICO

1.1 Inquadramento

I disturbi dello spettro autistico (dall'inglese *Autism Spectrum Disorders*, ASD) sono un insieme eterogeneo di disturbi del neurosviluppo caratterizzati da deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale in molteplici contesti e pattern di comportamenti, interessi o attività ristretti, ripetitivi¹. Nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (dall'inglese *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5-TR)¹, questo disturbo è stato classificato tra i disturbi del neurosviluppo, un insieme di condizioni che condividono fattori di rischio genetici e ambientali, l'esordio in età evolutiva, anomalie dei circuiti neurali, compromissione dei processi emotivi e cognitivi, comunicativi e comportamentali, e l'alta comorbidità reciproca. In letteratura sono riportate comorbidità mediche, psichiatriche e neurologiche con diverse prevalenze in relazione all'età².

La presa in carico della persona con ASD si attua sin dal primo contatto con i servizi e deve tenere conto delle esigenze del bambino, adolescente e adulto e dei bisogni della famiglia. I documenti tecnico-scientifici a cui fare riferimento per la presa in carico sono le Linee Guida Nazionali sulla diagnosi e il trattamento del disturbo dello spettro autistico³.

1.2 Epidemiologia

Gli studi epidemiologici riportano un incremento generalizzato della prevalenza di autismo e, nel 2018, l'Osservatorio Nazionale Autismo (OssNA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha stimato che in Italia un bambino ogni 77, nella fascia di età 7-9 anni, ha un disturbo dello spettro autistico con una prevalenza maggiore nella popolazione di genere maschile (4,4: 1)⁴.

Nella regione Piemonte è in vigore, a partire dal 2002, un sistema informativo che raccoglie i dati di tutte le Unità Operative di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza delle ASL. Sulla base di tali dati, la prevalenza di diagnosi di ASD per l'anno 2021 è di 0,7% (1 su 142) nella popolazione target 0-17 anni [0,3% (0-3 anni), 1,2% (4-6 anni), 0,9% (7-11 anni), 0,5% (12-14 anni), 0,5% (15-17 anni)]. Nella regione Emilia-Romagna, dove è operante dal 2010 un sistema per la registrazione delle prestazioni sugli assistiti, la prevalenza totale nell'anno 2020 è del 0,7% nella popolazione target 0-17 anni [0,3% (0-2 anni), 1,3% (3-5 anni), 0,8% (6-10 anni), 0,5% (11-13 anni) e 0,4% (14-17 anni)]; nell'anno 2021 è del 0,8% nella popolazione target 0-17 anni [0,5% (0-2 anni), 1,4% (3-5 anni), 0,97% (6-10 anni), 0,55% (11-13 anni) e 0,46% (14-17 anni)]. Sia i dati longitudinali del Piemonte sia quelli dell'Emilia-Romagna confermano il progressivo abbassamento dell'età di prima diagnosi.

La prevalenza dell'ASD tra gli adulti di età pari o superiore a 18 anni è stata stimata, in un recente studio dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) negli Stati Uniti, del 2,21% (su 5.437.988 adulti). Coerentemente con le stime dell'ASD nei bambini in età scolare negli Stati Uniti, la prevalenza è risultata più alta negli uomini rispetto alle donne, con una stima di un 3,62% negli uomini e un 0,86% nelle donne⁵.

1 American Psychiatric Association (2023). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5. Tr; Raffaello Cortina Editore. ISBN 9788832855166

2 Micai M, Fatta LM, Gila L, Caruso A, Salvitti T, Fulceri F, Ciaramella A, D'Amico R, Del Giovane C, Bertelli M, Romano G, Schünemann HJ, Scattoni ML. Prevalence of co-occurring conditions in children and adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2023 Dec;155:105436. doi: 10.1016/j.neubiorev.2023.105436. Epub 2023 Oct 31.

3 <https://www.iss.it/-/raccomandazioni-lg-diagnosi-trattamento-di-bambini-adolescenti-con-asd>; <https://www.iss.it/-/snlg-adulti-disturbo-spettro-autistico>

4 Scattoni ML, Fatta LM, Micai M, Sali ME, Bellomo M, Salvitti T, Fulceri F, Castellano A, Molteni M, Gambino G, Posada M, Romano G, Puopolo M. Autism spectrum disorder prevalence in Italy: a nationwide study promoted by the Ministry of Health. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2023 Oct 28;17(1):125. doi: 10.1186/s13034-023-00673-0.

5 Dietz PM, Rose CE, McArthur D, Maenner M. National and State Estimates of Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders.* 2020;50(12):4258-66. doi: 10.1007/s10803-020-04494-4.



1.3 Quadro clinico

Le persone con ASD presentano una persistente compromissione della comunicazione sociale reciproca e dell'interazione sociale e modelli di comportamento, interessi o attività ristretti e ripetitivi. Questi sintomi si manifestano nella prima infanzia e limitano o compromettono il funzionamento quotidiano.

La modalità di presentazione del disturbo dello spettro autistico cambia nel tempo, richiedendo interventi diversi lungo l'arco della vita. Le evidenze scientifiche riportano eterogeneità nell'eziologia, nella presentazione clinica e nei bisogni di cura che variano non solo da individuo a individuo in base ai quadri funzionali e alle diverse comorbidità o disturbi associati, ma anche nel tempo richiedendo un continuo monitoraggio e la periodica rivalutazione/rimodulazione del piano terapeutico.

Il livello di gravità della condizione autistica, il livello di sviluppo e l'età cronologica condizionano le manifestazioni del disturbo dello spettro autistico. Il DSM 5-TR prevede tre livelli di gravità delle difficoltà della comunicazione sociale e dei comportamenti ripetitivi: il livello di gravità 1 corrisponde alla necessità di supporto; il livello di gravità 2 corrisponde alla necessità di supporto significativo; il livello di gravità 3 corrisponde alla necessità di un supporto molto significativo.

Va ricordato che i livelli di gravità della condizione autistica non dovrebbero essere utilizzati come strumento esclusivo per determinare l'assegnazione ed erogazione di servizi poiché questi possono essere individuati solo sulla base del profilo di funzionamento individuale e attraverso la valutazione dei bisogni personali. Infatti, le persone autistiche possono anche presentare una o più comorbidità neurologiche, psichiatriche e mediche che condizionano l'espressività clinica e differenziano la tipologia e l'intensità dei bisogni della persona e della sua famiglia. La valutazione di possibili comorbidità e l'attivazione di interventi mirati al benessere mentale e fisico della persona dovrebbero essere considerati nella routine clinica e terapeutica al momento della diagnosi in relazione all'età del soggetto e durante tutto il corso della presa in carico clinica in relazione al manifestarsi di ulteriori segni o sintomi.

1.4 Decorso

Il disturbo dello spettro autistico non è un disturbo degenerativo. In generale, i sintomi appaiono spesso più marcati nella prima infanzia e nei primi anni di scuola, con miglioramenti nella tarda infanzia, almeno in alcune aree di sviluppo. In età adolescenziale, si assiste in genere a miglioramenti progressivi sebbene una percentuale di persone possa andare incontro ad un peggioramento. Solo una minoranza di persone autistiche vive e lavora in modo indipendente in età adulta. In generale, le persone senza disabilità intellettiva e con livelli di compromissione più bassi possono essere maggiormente in grado di funzionare in modo indipendente. Tuttavia, anche queste persone possono rimanere socialmente vulnerabili ed avere difficoltà a organizzare le attività pratiche senza supporto.

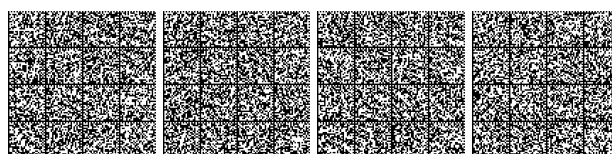
1.5 Diagnosi

L'osservazione e il colloquio clinico rappresentano il riferimento privilegiato per osservare e raccogliere i sintomi nucleari necessari ad effettuare una diagnosi di disturbo dello spettro autistico secondo i criteri previsti dai sistemi di classificazione internazionale riconosciuti. Ad oggi, la diagnosi si basa sulla raccolta sistematica dei dati clinici per evidenziare i criteri diagnostici previsti dai sistemi di classificazione internazionali e non esiste alcun marker biologico in grado di confermarla. In letteratura viene riportata una relativa stabilità della diagnosi dopo i 36 mesi⁶.

Il processo diagnostico si avvale dei dati provenienti da tutti gli informatori e può includere la somministrazione di strumenti strutturati di supporto alla diagnosi. Le Linee Guida Nazionali sulla diagnosi e il trattamento del disturbo dello spettro autistico⁷ indicano che qualsiasi strumento strutturato per la diagnosi deve essere considerato come uno strumento di supporto e non conclusivo di per sé, a maggior ragione stante la necessità di una adeguata diagnosi differenziale e di contemporanea individuazione delle frequenti comorbidità e altri disturbi associati.

⁶ Pierce K, Gazestani VH, Bacon E, Barnes CC, Cha D, Nalabolu S, Lopez L, Moore A, Pence-Stophaeros S, Courchesne E. Evaluation of the Diagnostic Stability of the Early Autism Spectrum Disorder Phenotype in the General Population Starting at 12 Months. *JAMA Pediatr.* 2019 Jun 1;173(6):578-587. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.0624. Erratum in: *JAMA Pediatr.* 2019 Aug 1;173(8):801. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.2182.

⁷ <https://www.iss.it/-/raccomandazioni-lg-diagnosi-trattamento-di-bambini-adolescenti-con-asd>; <https://www.iss.it/-/snlg-adulti-disturbo-spettro-autistico>



Ai fini medico-legali, l'accertamento della disabilità connessa al disturbo dello spettro autistico prevede che la diagnosi sia stata formulata da specialisti di strutture pubbliche o private accreditate, in coerenza alle Linee Guida ISS sulla diagnosi e trattamento del disturbo dello spettro autistico nel bambino, adolescente e adulto.

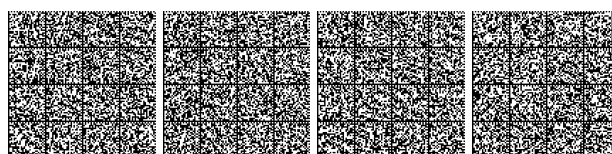
I criteri diagnostici riportati nel DSM 5-TR indicano:

- A. Deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti, come manifestato da tutti i seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato (gli esempi sono esplicativi, non esaustivi; si veda il testo):
 1. Deficit della reciprocità socio-emotiva, che vanno, per esempio, da un approccio sociale anormale e dal fallimento della normale reciprocità della conversazione; a una ridotta condivisione di interessi, emozioni o sentimenti; all'incapacità di dare inizio o di rispondere a interazioni sociali.
 2. Deficit dei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per l'interazione sociale, che vanno, per esempio, dalla comunicazione verbale e non verbale scarsamente integrata; ad anomalie del contatto visivo e del linguaggio del corpo o deficit della comprensione e dell'uso dei gesti; a una totale mancanza di espressività facciale e di comunicazione non verbale.
 3. Deficit dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni, che vanno, per esempio, dalle difficoltà di adattare il comportamento per adeguarsi ai diversi contesti sociali; alle difficoltà di condividere il gioco di immaginazione o di fare amicizia; all'assenza di interesse verso i coetanei.
- B. Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi, come manifestato da almeno due dei seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato (gli esempi sono esplicativi, non esaustivi, si veda testo):
 1. Movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi (per es., stereotipie motorie semplici, mettere in fila giocattoli o capovolgere oggetti, ecolalia, frasi idiosincratice).
 2. Insistenza nella *sameness* (immodificabilità), aderenza alla routine priva di flessibilità o rituali di comportamento verbale o non verbale (per es., estremo disagio davanti a piccoli cambiamenti, difficoltà nelle fasi di transizione, schemi di pensiero rigidi, saluti rituali, necessità di percorrere la stessa strada o mangiare lo stesso cibo ogni giorno).
 3. Interessi molto limitati, fissi che sono anomali per intensità o profondità (per es., forte attaccamento o preoccupazione nei confronti di oggetti insoliti, interessi eccessivamente circoscritti o perseverativi).
 4. Iper- o iporeattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente (per es., apparente indifferenza a dolore/temperatura, reazione di avversione nei confronti di suoni o consistenze tattili specifici, annusare o toccare oggetti in modo eccessivo, essere affascinati da luci o da movimenti).
- C. I sintomi devono essere presenti nel periodo precoce dello sviluppo (ma possono non manifestarsi pienamente prima che le esigenze sociali eccedano le capacità limitate, o possono essere mascherati da strategie apprese in età successiva).
- D. I sintomi causano compromissione clinicamente significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
- E. Queste alterazioni non sono meglio spiegate da disturbo dello sviluppo intellettivo (disabilità intellettiva) o da ritardo globale dello sviluppo. Il disturbo dello sviluppo intellettivo e il disturbo dello spettro dell'autismo spesso sono presenti in concomitanza; per porre diagnosi di comorbidità di disturbo dello spettro dell'autismo e di disturbo dello sviluppo intellettivo, il livello di comunicazione sociale deve essere inferiore rispetto a quanto atteso per il livello di sviluppo generale.

Gli specificatori di gravità (*Livello 1, Livello 2 e Livello 3*, descritti nella sezione 'Quadro clinico') possono essere utilizzati per descrivere in modo conciso la sintomatologia attuale, con la consapevolezza che la gravità può variare nei diversi contesti e oscillare nel tempo.

Tali criteri sono confermati anche nell'11^a revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD-11)⁸ dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e di seguito riportati:

⁸ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.; ICD-11; World Health Organization, 2019).



- A. Deficit persistenti nell'iniziare e sostenere la comunicazione sociale e le interazioni sociali reciproche che sono al di fuori della gamma prevista di funzionamento tipico data l'età dell'individuo e il livello di sviluppo intellettivo. Le manifestazioni specifiche di questi deficit variano a seconda dell'età cronologica, delle capacità verbali e intellettive e della gravità del disturbo. Le manifestazioni possono includere limitazioni nelle seguenti:
- Comprensione, interesse o risposte inappropriate alle comunicazioni sociali verbali o non verbali degli altri.
 - Integrazione del linguaggio parlato con i tipici spunti non verbali complementari, come il contatto visivo, i gesti, le espressioni facciali e il linguaggio del corpo. Questi comportamenti non verbali possono anche essere ridotti in frequenza o intensità.
 - Comprensione e uso del linguaggio in contesti sociali e capacità di iniziare e sostenere conversazioni sociali reciproche.
 - Consapevolezza sociale, che porta a comportamenti non adeguatamente modulati in base al contesto sociale.
 - Capacità di immaginare e rispondere ai sentimenti, agli stati emotivi e agli atteggiamenti degli altri.
 - Condivisione reciproca di interessi.
 - Capacità di creare e sostenere relazioni tipiche tra pari.
- B. Modelli di comportamento, interessi o attività persistenti, ristretti, ripetitivi e inflessibili che sono chiaramente atipici o eccessivi per l'età e il contesto socioculturale dell'individuo. Questi possono includere:
- Mancanza di adattabilità a nuove esperienze e circostanze, con disagio associato, che può essere evocato da banali cambiamenti in un ambiente familiare o in risposta a eventi imprevisti.
 - Aderenza inflessibile a particolari routine; per esempio, queste possono essere geografiche come seguire percorsi familiari, o possono richiedere tempi precisi come l'orario dei pasti o il trasporto.
 - Eccessiva aderenza alle regole (ad esempio, quando si gioca).
 - Schemi di comportamento ritualizzati eccessivi e persistenti (ad esempio, la preoccupazione di mettere in fila o ordinare gli oggetti in un modo particolare) che non hanno uno scopo esterno apparente.
 - Movimenti motori ripetitivi e stereotipati, come movimenti di tutto il corpo (ad esempio, dondolare), andatura atipica (ad esempio, camminare in punta di piedi), movimenti insoliti delle mani o delle dita e posture insolite. Questi comportamenti sono particolarmente comuni durante la prima infanzia.
 - Coinvolgimento persistente per uno o più interessi speciali, parti di oggetti, o tipi specifici di stimoli (compresi i media) o un attaccamento insolitamente forte a oggetti particolari (esclusi i tipici oggetti transizionali/consolatori).
 - Ipersensibilità eccessiva e persistente per tutta la vita o iposensibilità agli stimoli sensoriali o interesse insolito per uno stimolo sensoriale, che può includere suoni reali o previsti, luce, texture (specialmente vestiti e cibo), odori e sapori, calore, freddo o dolore.
- C. L'insorgenza del disturbo si verifica durante il periodo dello sviluppo, tipicamente nella prima infanzia, ma i sintomi caratteristici possono non diventare pienamente manifesti fino a più tardi, quando le richieste sociali superano le capacità limitate.
- D. I sintomi si traducono in una significativa compromissione del funzionamento personale, familiare, sociale, educativo, lavorativo o in altre importanti aree di funzionamento. Alcuni individui con il Disturbo dello Spettro Autistico sono in grado di funzionare adeguatamente in molti contesti attraverso uno sforzo eccezionale, così che i loro deficit possano non essere evidenti agli altri. Una diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico è ancora appropriata in questi casi.

1.6 Prognosi

I fattori prognostici meglio stabiliti consistono nella presenza o assenza di disabilità intellettiva, compromissione del linguaggio e problemi di salute mentale. I bambini che sviluppano un linguaggio funzionale entro i 5 anni sembrano avere prognosi migliore. La precocità dell'avvio dell'intervento è stata associata al raggiungimento di migliori esiti nel dominio della comunicazione sociale, delle abilità cognitive,



delle capacità di adattamento e nella riduzione della gravità dei sintomi autistici⁹. Tuttavia, ad oggi non sono ancora completamente chiariti i fattori predittivi e moderatori dell'efficacia.

1.7 Trattamento

La presa in carico è globale e coinvolge il sistema sanitario, scolastico, la famiglia, la comunità e le istituzioni. Il medico specialista in neuropsichiatria infantile o psichiatria coordina la presa in carico sanitaria e sociosanitaria e monitora l'integrazione coerente dei diversi interventi nel contesto educativo e di comunità.

Le evidenze scientifiche attuali, riassunte nella Linea Guida sulla diagnosi e trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini e adolescenti e adulti dell'ISS¹⁰, indicano un insieme di interventi che possono essere integrati tra di loro, se ritenuto appropriato, all'interno di un progetto terapeutico complessivo che tenga conto delle caratteristiche specifiche di ogni persona nello spettro autistico.

2. CERTIFICATO MEDICO INTRODUTTIVO (Art. 8, comma 3, lettera b)

2.1 Documentazione da allegare al certificato medico introduttivo

La documentazione da allegare al certificato medico introduttivo quando si pone diagnosi di "Disturbo dello spettro autistico" prevede:

⇒ Certificazione specialistica

⇒ Documentazione relativa allo *Schema riassuntivo dei punteggi dello Score report delle Vineland-II Survey Interview Form* (Punteggi v-scale e Punteggi QI di deviazione di scala e di scala composta) per la valutazione del profilo di funzionamento adattivo, con datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo.

La certificazione specialistica:

- riporta la diagnosi e il livello di gravità in accordo al DSM5-TR e alla versione di ICD vigente, con datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo
- indica eventuali comorbidità mediche, psichiatriche e neurologiche presenti
- è rilasciata da medici in servizio presso strutture pubbliche o private accreditate

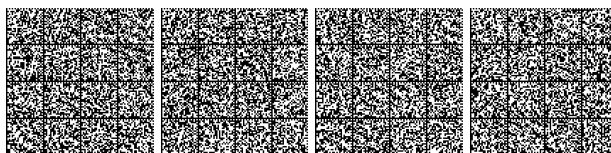
2.2 Ulteriore eventuale documentazione

Se disponibili, per il prosieguo del processo accertativo è utile allegare:

- eventuali ulteriori test/questionari e interviste strutturate/semi strutturate somministrati a supporto del quadro clinico.
- ogni altra eventuale certificazione medica già rilasciata, secondo disposizioni vigenti (patenti di guida, esenzioni ticket, progetti riabilitativi individualizzati).

⁹ R.J. Landa Efficacy of early interventions for infants and young children with, and at risk for, autism spectrum disorders *Int Rev Psychiatr*, 30 (1) (2018), pp. 25-39

¹⁰ <https://www.iss.it/-/raccomandazioni-lg-diagnosi-trattamento-di-bambini-adolescenti-con-asd>; <https://www.iss.it/-/snlg-adulti-disturbo-spettro-autistico>



3. CRITERI MEDICO-LEGALI PER LA VALUTAZIONE DELLA COMPROMISSIONE DURATURA E DELLE LIMITAZIONI NEL FUNZIONAMENTO

3.1 Premessa

I criteri medico-legali presentati di seguito vanno ad aggiornare i contenuti del D.M. 5 febbraio 1992 relativamente al disturbo dello spettro autistico. Il disturbo dello spettro autistico non era incluso nella Tabella del D.M. 5 febbraio 1992 e la valutazione medico-legale veniva effettuata attraverso il ricorso al criterio analogico.

3.2 Accertamento della compromissione duratura e sua significatività d.lgs. 62/2024, art. 12, comma 2, lettere a) e b)

L'accertamento della compromissione duratura e della sua significatività viene effettuato dall'Unità di Valutazione di Base (UVB) tenendo conto del certificato medico introduttivo, della documentazione allegata al certificato medico introduttivo e dell'ulteriore documentazione medica o sociale trasmessa o depositata entro i termini di legge dal richiedente.

A tale fine, l'UVB verifica la compromissione nei domini nucleari del disturbo dello spettro autistico secondo il DSM 5-TR¹¹ e nel livello adattivo valutato attraverso le Vineland-II Survey Interview Form (VABS-II)¹².

3.3 Accertamento della significatività

I livelli di gravità del DSM 5-TR e i livelli del funzionamento adattivo delle scale VABS-II permettono di accertare la significatività delle compromissioni nel disturbo dello spettro autistico.

3.4 Compromissione duratura

Gli interventi attualmente disponibili per il disturbo dello spettro autistico possono ridurre, in una percentuale significativa dei casi, l'impatto della sintomatologia 'core' e dei disturbi associati, ma non conducono a guarigione:

- gli interventi farmacologici vengono somministrati per limitare i sintomi associati;
- gli interventi non farmacologici sono effettuati per acquisire e/o potenziare, seppur in misura variabile e limitata, le funzioni compromesse o non ancora acquisite.

Le limitazioni nello svolgimento di attività e restrizioni nella partecipazione in alcuni domini sono pertanto da considerarsi **durature**.

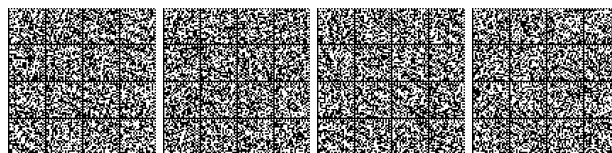
4. PERCENTUALIZZAZIONE DELLA RIDUZIONE DELLA CAPACITÀ DI SVOLGERE ATTIVITÀ IN MOLTEPLICI DOMINI IN AMBITO DI INVALIDITA' CIVILE - Articolo 12, comma 2, lettera e)

4.1 Premessa

Il concetto di capacità lavorativa generica viene ricondotto ad un concetto più generale pertinente alla capacità di svolgere azioni in molteplici domini. Il concetto di capacità che viene assunto è quello della

¹¹ American Psychiatric Association (APA) (2021). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR™). Tr. It. DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Text Revision, Raffaello Cortina, Milano, 2023 (a cura di Giuseppe Nicolò ed Enrico Pompili)

¹² Vineland-II - Adaptive Behavior Scales - Seconda Edizione Scale per la valutazione del comportamento adattivo; Autori: Sara S. Sparrow, Domenic V. Cicchetti, David A. Balla; Versione Italiana: Giulia Balboni, Carmen Belacchi, Sabrina Bonichini, Alessandra Coscarelli; 2016, Giunti O.S. Organizzazioni Speciali S.r.l. - Firenze



Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) ed è inteso come *‘abilità di svolgere attività in un ambiente standard’*.

Rimane fermo che la valutazione percentualistica della riduzione della capacità di svolgere attività in molteplici domini è valida solo per le persone adulte (fascia di età compresa tra 18 e 67 anni, con eventuali successivi adeguamenti normativi del limite massimo di età), nonché su richiesta dell’istante, a partire dai 16 anni, ai soli fini dell’iscrizione al collocamento mirato, fatti salvi ulteriori benefici specificatamente previsti.

La percentualizzazione è valida ai fini dell’aggiornamento della Tabella di cui al DM 5 febbraio 1992.

4.2 Percentualizzazione

I livelli di gravità del DSM 5-TR e i livelli del funzionamento adattivo delle scale VABS-II permettono di accertare la significatività del disturbo dello spettro autistico attraverso la descrizione delle limitazioni nello svolgimento di attività e delle restrizioni nella partecipazione in alcuni specifici domini. In tabella 1 è riportata la corrispondenza tra percentuali di invalidità e livelli DSM 5-TR e livelli VABS-II.

Tabella 1. Corrispondenza tra percentuali di invalidità e livelli DSM-TR e livelli VABS-II

Percentuali di invalidità (%)	Livelli DSM 5 -TR e Livelli VABS II
100	Livello 3 DSM 5-TR o Livello 3 VABS – II
	Livello 2 DSM 5-TR e Livello 1 VABS – II
	oppure
74 - 99	Livello 2 DSM 5-TR e Livello 2 VABS – II
	oppure
	Livello 1 DSM 5-TR e Livello 2 VABS – II
46-73	Livello 1 DSM 5-TR e Livello 1 VABS – II
Legenda per Livello DSM 5-TR: Livello 3 - “È necessario un supporto molto significativo” Livello 2 - “È necessario un supporto significativo” Livello 1 - “È necessario un supporto”	
Legenda per Livello di comportamento adattivo VABS II - valori relativi al punteggio QI di deviazione di scala composta¹³: Livello 3 -Funzionamento adattivo basso: QI deviazione Scala Composta < 50 Livello 2 - Funzionamento adattivo moderatamente basso: ≥50 QI deviazione Scala Composta <85 Livello 1 -Funzionamento adattivo adeguato: QI deviazione Scala Composta ≥ 85	

La percentualizzazione in caso di comorbidità viene determinata utilizzando i seguenti criteri:

- quando le ulteriori condizioni di salute interessino le medesime strutture e/o funzioni del corpo umano, allora si procede a una valutazione complessiva, che non deve di norma consistere nella somma aritmetica delle singole percentuali, bensì in un valore percentuale proporzionale a quello previsto per la perdita totale della struttura o delle funzioni in questione. Nella valutazione

¹³ Sterrett K, Clarke E, Nofer J, Piven J, Lord C. Toward a functional classification for autism in adulthood. Autism Res. 2024 Jul 19. doi:10.1002/aur.3201. Epub ahead of print. PMID: 39031157.



complessiva non si tiene conto delle condizioni di salute valutate tra lo zero e il 10 per cento, ai sensi dell'art. 5 del decreto legislativo n. 509 del 1988, purché non concorrenti tra loro;

- quando vi sia una sola ulteriore condizione di salute che riguardi altre strutture o altre funzioni del corpo umano, allora si procede a eseguire il calcolo riduzionistico, utilizzando la formula detta di Balthazard¹⁴: $inv_{tot} = inv_1 + inv_2 - inv_1 \times inv_2$, dove:
 - inv_{tot} è la percentuale di invalidità riconosciuta al concorso tra le due distinte condizioni di salute;
 - inv_1 è la percentuale di invalidità riconosciuta alla prima condizione, nel caso corrente il disturbo dello spettro autistico;
 - inv_2 è la percentuale di invalidità riconosciuta alla seconda condizione, cioè quella che riguarda strutture o funzioni diverse.

La formula deve essere applicata ai valori espressi in decimali (es 0,62 anziché 62 per cento).

- quando vi sia più d'una ulteriore condizione di salute che riguardi altre strutture o altre funzioni del corpo umano, si applicherà in successione la formula di Balthazard (v. punto precedente), sino a considerarle tutte. Non ha importanza l'ordine col quale si procede, a condizione che l'arrotondamento alla percentuale (due cifre decimali) sia effettuato solo sul risultato finale.

4.3 - Utilizzo di WHODAS 2.0 ai fini della percentualizzazione

Il World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)¹⁵, strumento di misura della disabilità, viene utilizzato per valorizzare la partecipazione della persona nel processo valutativo e per integrare i parametri utilizzati per l'individuazione della percentuale di invalidità civile.

A tal fine, la percentuale finale individuata anche a seguito della eventuale applicazione, in caso di comorbidità, dei criteri previsti dal DM 5 febbraio 1992, parte I, paragrafo 3, può essere modificata come segue:

- ⇒ moltiplicandola per un valore compreso tra 1 e 1,05 in caso di punteggio WHODAS 2.0 compreso tra 26 e 40;
- ⇒ moltiplicandola per un valore compreso tra 1,06 e 1,10 in caso di punteggio WHODAS 2.0 compreso tra 41 e 100.

Il valore che ne scaturisce è arrotondato all'intero più vicino¹⁶ e, in ogni caso, non supera il 100%. Si utilizza il punteggio WHODAS 2.0 complessivo ST_S36, salvo per gli anziani in età non lavorativa e per le persone prive di occupazione retribuita per i quali si usa ST_S32.

Il punteggio WHODAS 2.0 integra la valutazione solo se compatibile con il quadro clinico e documentale riscontrato. L'UVB, nel caso di incompatibilità, può richiedere l'integrazione documentale nei soli casi in cui sia necessaria per il riconoscimento di una più elevata valutazione percentuale.

Il WHODAS 2.0 è stato utilizzato per la valutazione della disabilità nelle malattie croniche¹⁷.

¹⁴ Balthazard V. Précis de Médecine Légale. Librairie J.B. Baillière et fils. Paris, 5 Ed., (1935) 324-333

¹⁵ Frattura L, Tonel P, Zavaroni C (Curatori dell'edizione italiana). Misurare la Salute e la Disabilità: Manuale dello Strumento OMS per la Valutazione della Disabilità WHODAS 2. Centro Collaboratore Italiano per la Famiglia delle Classificazioni Internazionali, Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia, per il tramite della SS Area delle Classificazioni, Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 Bassa Friulana-Isoncina. Udine 2018. Licenza: CC BY-NC-ND 4.0. Scaricabile da Portale italiano delle classificazioni sanitarie, www.reteclassificazioni.it

¹⁶ Arrotondamento "Round to nearest, ties away from zero", IEEE 754-1985.

¹⁷ Magistrale G. et al. Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS-II) in patients with multiple sclerosis. Mult Scler. 2015 Apr;21(4):448-56.doi: 10.1177/1352458514543732



5. PROFILO DI FUNZIONAMENTO AI FINI DELLA VALUTAZIONE DI BASE (Articolo 12, comma 2, lettera h; Articolo 12, comma 2, lettera f; Art. 10, comma 1, lettera d)

Le scale specifiche per patologia e le scale generiche per la valutazione dell'autonomia nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana sono state codificate in ICF ai fini dell'individuazione del profilo di funzionamento.

La codifica ICF è stata predisposta dal Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali. Si fa ricorso alla versione ICF aggiornata al 2018¹⁸ pubblicata sul Portale italiano delle classificazioni sanitarie.

Nel caso del disturbo dello spettro autistico si fa riferimento alla codifica in ICF delle scale VABS-II¹⁹ per la valutazione del comportamento adattivo e alla codifica ICF dell'indice di Barthel (Scheda tecnica 1) e dell'indice di Lawton-Brody (Scheda tecnica 2) per la valutazione dell'autonomia di base e strumentali della vita quotidiana.

Tale codifica tiene conto della corrispondenza tra i livelli di comportamento adattivo e gli specifici intervalli di punteggi ponderati riportati nel Manuale delle VABS-II (Tabella 4-2 del Manuale Vineland-II Survey Interview Form). La codifica ha lo scopo di descrivere e organizzare le informazioni e perciò non concorre ad influenzare la determinazione della percentuale per le provvidenze economiche.

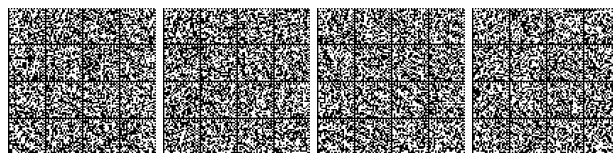
Le Vineland-II Survey Interview Form sono 4 scale costituite complessivamente da 11 subscale: Comunicazione (subscale Ricezione, Espressione e Scrittura), Abilità del vivere quotidiano (subscale Personale, Domestico e Comunità), Socializzazione (subscale Relazioni interpersonali, Gioco e tempo libero e Regole sociali) e Abilità motorie (subscale Grossolane e Fini). I comportamenti adattivi indagati sono "come l'individuo ascolta e presta attenzione e che cosa comprende" (Scala Comunicazione, subscale Ricezione), "come l'individuo utilizza parole e frasi per fornire informazioni" (Scala Comunicazione, subscale Espressione), "come l'individuo scrive e legge" (Scala Comunicazione, subscale Scrittura), "come l'individuo mangia, si veste e cura l'igiene personale (Scala Abilità del vivere quotidiano, subscale Personale), "come l'individuo si occupa della casa" (Scala Abilità del vivere quotidiano, subscale Domestico), "come l'individuo si orienta, usa il denaro, il computer e svolge attività lavorativa" (Scala Abilità del vivere quotidiano, subscale Comunità), "come l'individuo interagisce con gli altri" (Scala Socializzazione, subscale Relazioni interpersonali), "come l'individuo gioca e gestisce il tempo libero" (Scala Socializzazione, subscale Gioco e tempo libero), "come l'individuo manifesta senso di responsabilità e attenzione per gli altri" (Scala Socializzazione, subscale Regole sociali), "come l'individuo utilizza braccia e gambe per il movimento e la coordinazione" (Scala Abilità motorie, subscale grossolane), "come l'individuo utilizza mani e dita per manipolare oggetti" (Scala Abilità motorie, subscale fini).

Una valutazione complessiva del livello di comportamento adattivo è fornita dalla Scala composta, il cui punteggio è pari alla somma di quelli conseguiti nelle quattro scale Comunicazione, Abilità del vivere quotidiano, Socializzazione e Abilità motorie, per individui entro i 7 anni di età, o nelle sole prime tre scale, per individui con età superiore.

Nella tabella riportata di seguito (Tabella 3) vengono presentate le attività indagate nella VABS-II corrispondenti alle categorie di contenuto presentate nel Manuale delle VABS-II Vineland-II Survey Interview Form (Figura 3-12 del Manuale) con la corrispondente categoria ICF identificata sulla base dei reciproci contenuti. Ai fini della definizione del complesso di codici ICF per la descrizione del profilo di funzionamento

¹⁸ Frattura L, Tonel P, Zavaroni C, Nardo E. ICF 2018 - Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Nuova traduzione in italiano della classificazione a un livello, a due livelli e dettagliata con definizioni, comprensiva degli aggiornamenti cumulativi 2011-2018. Trieste: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina; 2022. Licenza: CC BY-NC-ND 4.0. Scaricabile da Portale italiano delle Classificazioni sanitarie, www.retedclassificazioni.it

¹⁹ Vineland-II - Adaptive Behavior Scales - Seconda Edizione Scale per la valutazione del comportamento adattivo; Autori: Sara S. Sparrow, Domenic V. Cicchetti, David A. Balla; Versione Italiana: Giulia Balboni, Carmen Belacchi, Sabrina Bonichini, Alessandra Coscarelli; 2016, Giunti O.S. Organizzazioni Speciali S.r.l. - Firenze



da parte della UVB, le attività includono anche quelle riportate nella descrizione dei comportamenti considerati nel DSM 5-TR per il disturbo dello spettro autistico.

La codifica ICF delle attività comprensive di qualificatore è stata predisposta per le finalità previste dal D.lgs 62/2024 relativamente alla definizione dell’elenco dei codici ICF necessario a definire il profilo di funzionamento della persona con disabilità nell’ambito del processo valutativo di base.

In assenza di letteratura scientifica specifica sulla attribuzione dei qualificatori ai codici ICF identificati attraverso il mapping semantico con VABS-II nella popolazione di persone con diagnosi di disturbo dello spettro autistico in tutte le età della vita, il qualificatore ICF considerato è uno dei due qualificatori obbligatori da usare per la codifica di Attività e Partecipazione ed è “capacità senza assistenza” (secondo qualificatore) anche in attuazione dell’articolo 12, comma 2, lettera h) del D.lgs 62/2024.

Ai fini dell’attribuzione del valore del qualificatore capacità senza assistenza, sono stati utilizzati i valori “0”, “2”, “4” in corrispondenza ai punteggi v-scale come di seguito riportato:

Tabella 2. Corrispondenza Punteggio v-scale VABS-II e qualificatore ICF ‘capacità senza assistenza’

Punteggio v-scale VABS-II	Livello di comportamento adattivo	Qualificatore ICF ‘capacità senza assistenza’
12-17	Adeguito	0
9-11	Moderatamente basso	2
1-8	Basso	4

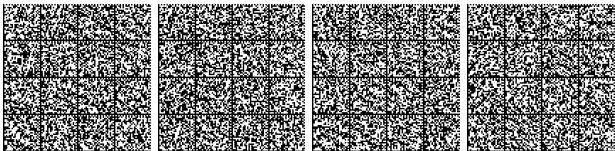
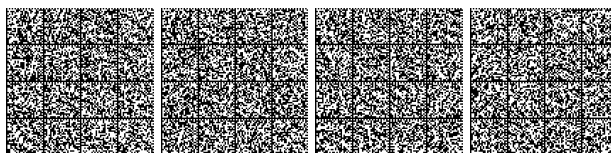
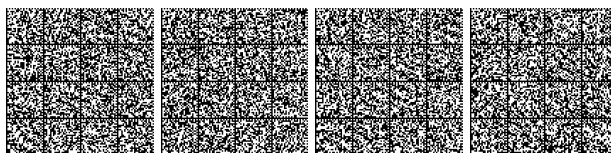


Tabella 3. Score VABS-II e codifica in ICF delle attività.

STADI DEL COMPORTAMENTO ADATTIVO		Parametro di riferimento e suoi valori	Codice ICF del parametro di riferimento	Valore del qualificatore ICF generico per estensione / gravità della compromissione	Codifica ICF del parametro di riferimento e della sua compromissione
Stadio	Descrizione	Punteggio v-scale VABS-II			
Scala Comunicazione, Subscala Ricezione					
1	Livello di comportamento adattivo adeguato	12-17	d310 Comunicare con - ricevere - messaggi nella lingua parlata Capire il significato letterale e implicito di messaggi nella lingua parlata, come capire se un'affermazione si riferisce a un fatto o se è un'espressione idiomatica.	0	d310._0 d115._0 d210._0 d220._0
2	Livello di comportamento adattivo moderatamente basso	9-11	d115 ascoltare Usare intenzionalmente l'udito per percepire stimoli uditivi, come ascoltare la radio, la voce umana, la musica, una lezione o una storia.	2	d310._2 d115._2 d210._2 d220._2
3	Livello di comportamento adattivo basso	1-8	d210 Svolgere un compito singolo Svolgere azioni semplici o complesse e coordinate relative alle componenti fisiche e mentali di un compito singolo, come iniziare un compito, organizzare il tempo, lo spazio e i materiali necessari, regolare l'esecuzione di un compito e svolgere, completare e sostenere un compito. d220 Svolgere compiti multipli Compiere azioni semplici o complesse e coordinate in quanto componenti di compiti multipli, complessi e integrati, in sequenza o simultaneamente.	4	d310._4 d115._4 d210._4 d220._4
Scala Comunicazione, Subscala Espressione					
1	Livello di comportamento adattivo adeguato	12-17	d132 Imparare una lingua Sviluppare la competenza di rappresentare persone, oggetti, eventi e sentimenti mediante parole, simboli, frasi e periodi.	0	d132._0 d330._0 d331._0



2	Livello di comportamento adattivo moderatamente basso	9-11	d330 Parlare Produrre parole, frasi e periodi nella lingua parlata con significato letterale e implicito, come esporre un fatto o raccontare una storia oralmente.	2	d132._2 d330._2 d331._2
3	Livello di comportamento adattivo basso	1-8	d331 Esprimersi vocalmente senza usare parole Vocalizzare, consapevoli della presenza prossimale di un'altra persona, come emettere suoni quando la madre è vicina; lallare; lallare alternandosi in un dialogo con qualcuno che parla. Vocalizzare in risposta alla lingua parlata, imitando i suoni della lingua parlata, alternandosi nella conversazione.	4	d132._4 d330._4 d331._4
Scala Comunicazione, Subscala Scrittura					
1	Livello di comportamento adattivo adeguato	12-17	d166 Leggere Svolgere attività implicate nella comprensione e interpretazione della lingua scritta (per esempio, libri, istruzioni o quotidiani in lingua scritta o in Braille) allo scopo di ottenere conoscenze generali o informazioni specifiche.	0	d166._0 d170._0
2	Livello di comportamento adattivo moderatamente basso	9-11	d170 Scrivere Usare o produrre simboli o una lingua per comunicare informazioni, come produrre un resoconto scritto di eventi o idee, o redigere una lettera.	2	d166._2 d170._2
3	Livello di comportamento adattivo basso	1-8		4	d166._4 d170._4
Scala abilità del vivere quotidiano, Subscala Personale					
1	Livello di comportamento adattivo adeguato	12-17	d550 Mangiare Svolgere i compiti e le azioni coordinate del mangiare cibo che è stato servito, portarlo alla bocca e consumarlo in modi culturalmente accettabili, tagliare o spezzare il cibo in pezzi, aprire contenitori e confezioni, usare posate, consumare i pasti, banchettare.	0	d550._0 d560._0 d530._0 d540._0 d510._0 d520._0
2	Livello di comportamento adattivo moderatamente basso	9-11	d560 Bere Prendere una bevanda, portarla alla bocca e berla in modi culturalmente accettabili, mescolare e versare liquidi da bere, aprire bottiglie e lattine,	2	d550._2 d560._2 d530._2 d540._2 d510._2 d520._2
3	Livello di comportamento adattivo basso	1-8		4	d550._4 d560._4 d530._4 d540._4



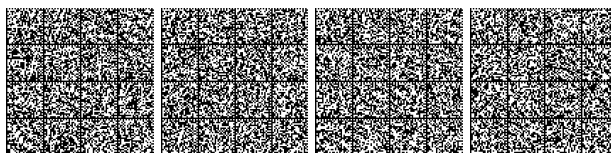
			bere con una cannuccia o bere acqua da un rubinetto o prendere latte dal seno.) d530 Andare in bagno Pianificare ed espletare l'eliminazione di rifiuti organici umani (mestruazioni, urina e feci) e poi pulirsi. d540 Vestirsi Svolgere le azioni e i compiti coordinati dell'indossare e togliersi vestiti e calzature in sequenza e in base alle condizioni climatiche e sociali, come indossare, sistemarsi e togliersi camicie, gonne, camicette, pantaloni, biancheria intima, sari, kimoni, calze o collant, cappelli, guanti, cappotti, scarpe, stivali, sandali e ciabatte. d510 Lavarsi Lavare e asciugare il proprio corpo, o parti di esso, usare acqua e appropriati prodotti o metodi di pulizia e asciugatura, come farsi il bagno, farsi la doccia, lavarsi le mani e i piedi, il viso e i capelli, e asciugarsi con un asciugamano. d520 Prendersi cura di singole parti del corpo Avere cura di quelle parti del corpo, come la pelle, viso, i denti, il cuoio capelluto, le unghie e i genitali, che richiedono altre cure oltre il lavaggio e l'asciugatura.		d510._4 d520._4
Scala abilità del vivere quotidiano, Subscala Domestico					
1	Livello di comportamento adattivo adeguato	12-17	d630 Preparare i pasti Pianificare, organizzare, cucinare e servire pasti semplici e complessi per sé stessi e per gli altri, come preparare un menu, scegliere cibo e bevande, mettere insieme gli ingredienti per preparare i pasti, cucinare usando una fonte di calore e preparare cibi e bevande freddi, e servire il cibo.	0	d630._0 d640._0 d570._0
2	Livello di comportamento adattivo moderatamente basso	9-11		2	d630._2 d640._2 d570._2



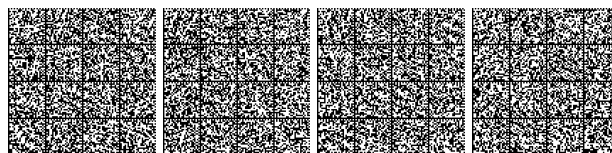
3	Livello di comportamento adattivo basso	1-8	d640 Fare i lavori di casa Occuparsi della casa pulendola, lavando i vestiti, usando gli elettrodomestici, riponendo il cibo e smaltendo la spazzatura, come quando si scopa, si passa lo straccio, si lavano i piani di lavoro, le pareti o altre superfici; si raccoglie e si smaltisce la spazzatura; si riordinano le stanze, gli armadi e i cassetti; si raccolgono, lavano, asciugano, ripiegano e stirano i vestiti; si puliscono le scarpe; si usano scope, spazzole e aspirapolveri; si usano lavatrici, asciugatrici e ferri da stiro. d570 Prendersi cura della propria salute Assicurarsi comfort fisico, salute e benessere fisico e mentale, come seguire una dieta bilanciata, mantenere un livello adeguato di attività fisica, tenersi al caldo o al fresco, evitare ciò che è pericoloso per la propria salute, adottare pratiche sessuali sicure, compreso l'uso di preservativi, farsi vaccinare e sottoporsi a visite mediche con regolarità.	4	d630._4 d640._4 d570._4
Scala abilità del vivere quotidiano, Subscala Comunità					
1	Livello di comportamento adattivo adeguato	12-17	d360 Usare dispositivi e tecniche di comunicazione (telefono, radio, televisione e computer) Usare dispositivi, tecniche e altri mezzi per comunicare, come telefonare a un amico.	0	d660._0 d860._0 b114._0 d210._0 d220._0
2	Livello di comportamento adattivo moderatamente basso	9-11	d860 (Effettuare) Transazioni economiche semplici Effettuare qualsiasi tipo di transazione economica semplice, come usare denaro per comprare cibo o usare il baratto, scambiare beni o servizi o risparmiare denaro.	2	d660._2 d860._2 b114._2 d210._2 d220._2
3	Livello di comportamento adattivo basso	1-8	b114 Orientamento Funzioni mentali generali relative alla conoscenza e alla	4	d660._4 d860._4 b114._4 d210._4 d220._4



			determinazione della propria relazione rispetto al tempo, al luogo, a sé stessi, agli altri, agli oggetti e allo spazio. d210 Svolgere un compito singolo Svolgere azioni semplici o complesse e coordinate relative alle componenti fisiche e mentali di un compito singolo, come iniziare un compito, organizzare il tempo, lo spazio e i materiali necessari, regolare l'esecuzione di un compito e svolgere, completare e sostenere un compito. d220 Svolgere compiti multipli Compiere azioni semplici o complesse e coordinate in quanto componenti di compiti multipli, complessi e integrati, in sequenza o simultaneamente.		
Scala Socializzazione, Subscale Relazioni interpersonali/Regole sociali/Gioco e tempo libero					
1	Livello di comportamento adattivo adeguato	12-17	d710 – (Avere) Interazioni interpersonali semplici Interagire con le persone in modo appropriato al contesto e alle convenzioni sociali, come mostrare considerazione e stima quando appropriato o rispondere ai sentimenti altrui.	0	d710._0 d720._0 d920._0
2	Livello di comportamento adattivo moderatamente basso	9-11	d720 – (Avere) Interazioni interpersonali complesse Mantenere e gestire le interazioni con le altre persone in modo appropriato al contesto e alle convenzioni sociali, come regolare le emozioni e gli impulsi, controllare l'aggressività verbale e fisica, agire in maniera indipendente nelle interazioni sociali e agire secondo le regole e le convenzioni sociali, quando per esempio si gioca, si studia o si lavora con gli altri.	2	d710._2 d720._2 d920._2
3	Livello di comportamento adattivo basso	1-8	d920 (Coltivare attività di) Svago e tempo libero Impegnarsi in qualsiasi forma di gioco o attività di svago e del tempo libero, come giochi o attività sportive informali o	4	d710._4 d720._4 d920._4



			organizzate, programmi per il benessere fisico, il rilassamento e il divertimento, visitare gallerie d'arte o musei, andare al cinema o a teatro; impegnarsi in lavori artigianali o hobby, leggere per il proprio piacere, suonare uno strumento musicale; fare giri turistici, viaggiare per piacere.		
Scala Abilità Motorie, Subscala Grossolane e Fini					
1	Livello di comportamento adattivo adeguato	12-17	d415 Mantenere una posizione corporea Rimanere nella stessa posizione corporea per un dato periodo di tempo, come restare seduti o in piedi al lavoro o a scuola.	0	d415._0 d450._0 d455._0 d440._0
2	Livello di comportamento adattivo moderatamente basso	9-11	d450 Camminare Muoversi su una superficie a piedi, passo dopo passo, in modo che un piede tocchi sempre il suolo, come quando si passeggia, si gironzola, si cammina in avanti, indietro o di lato.	2	d415._2 d450._2 d455._2 d440._2
3	Livello di comportamento adattivo basso	1-8	d455 Spostarsi Spostare tutto il corpo da un luogo a un altro in modi diversi dal camminare, come arrampicarsi su una roccia, correre per strada, saltellare, scorrazzare, saltare, fare le capriole, correre attorno a ostacoli. d440 Usare le mani per movimenti fini Svolgere le azioni coordinate di maneggiare oggetti, raccogliarli, manipolarli e mollare la presa usando le proprie mani, dita e pollice, come è necessario fare per prendere una moneta da un tavolo, o girare una manopola o un pomello.	4	d415._4 d450._4 d455._4 d440._4



Per l'individuazione del profilo di funzionamento della persona adulta, limitatamente ai domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentali agli atti di vita quotidiana, con necessità di sostegni continuativi, sono state identificate due scale generiche le cui attività/azioni indagate sono state codificate in ICF:

1. L'**Indice di Barthel** è uno strumento di misura, validato in italiano²⁰, comunemente utilizzato per valutare l'autonomia nello svolgimento delle attività di base di vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL) (Scheda tecnica 1).
2. La **Scala di Lawton-Brody**²¹ è uno strumento di misura comunemente utilizzato per valutare le attività strumentali della vita quotidiana (Instrumental Activities of Daily Living Scale, IADL) attraverso 31 items in 8 diversi domini (Scheda tecnica 2).

6. INDIVIDUAZIONE DEI REQUISITI PER L'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

6.1 Criteri per individuare i titolari di indennità di accompagnamento

6.1.1. Fascia di età 0 – 18 (minori di età).

La Legge 18/1980 prevede la concessione dell'indennità di accompagnamento a:

- a. minori di età con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti della vita quotidiana (perché presentano deficit fisici, psichici o sensoriali)
- b. minori di età con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore.

Nel disturbo dello spettro autistico, i minori di età con un livello di gravità 2 o 3 (DSM 5-TR) o con un livello di funzionamento adattivo moderatamente basso o basso (VABS-II), presentano disturbi psichici e/o sensoriali e comportamentali che limitano significativamente le attività nei domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana. Tali disturbi li rendono inoltre non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua di un accompagnatore.

6.1.2 Fascia di età ≥ 18 (adulti)

Attualmente, in virtù della Legge 114 del 2014, un minore di età titolare di indennità di accompagnamento al compimento dei 18 anni ha diritto all'automatica erogazione aggiuntiva della prestazione economica corrispondente al riconoscimento della totale inabilità (100%). Qualora la persona richieda di accedere al collocamento mirato (legge 68/99) è necessario che il richiedente faccia domanda anche per l'accertamento della condizione di disabilità ai fini lavorativi.

L'UVB, tenuto conto dell'istruttoria svolta, si esprime in merito all'eventuale riconoscimento dell'indennità di accompagnamento in favore degli istanti per i quali sia stata riconosciuta la totale inabilità.

La valutazione del profilo di funzionamento della persona nello spettro autistico, limitatamente ai domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentali agli atti di vita quotidiana, viene effettuata al solo fine del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento.

A tal fine, nel caso del disturbo dello spettro autistico, l'UVB può avvalersi ad es. della VABS II (attraverso la valutazione della scala abilità motorie fino ai 7 anni e della scala abilità del vivere quotidiano nei minori di

²⁰ Galeoto et al. The Barthel Index: Italian Translation, Adaptation and Validatio. Int J Neurol Neurother 2015, 2:2

²¹ Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t06803-000>



età e adulti), dell'Indice di Barthel (BADL, Scheda tecnica 1), della Scala Lawton-Brody (IADL, Scheda tecnica 2) o di altre scale equivalenti scientificamente validate, quando valuti che la relativa certificazione è congrua con il quadro clinico e documentale.

7. REVISIONE DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ (Art. 12, comma 2, lettera d)

Il disturbo dello spettro autistico è una condizione non soggetta a revisione.

Le previsioni di rivedibilità in minore con disturbo dello spettro autistico trovano ragione solo nei casi in cui vi sia un disturbo dello spettro autistico di Livello 1 (DSM 5-TR) e un livello di funzionamento adattivo adeguato (VABS-II) con valutazione prognostica favorevole²².

8. CASI DI ESONERO GIÀ STABILITI – ESCLUSI IL CONTROLLO NEL TEMPO (Art. 12, comma 2, lettera c)

Il disturbo dello spettro autistico è una condizione esonerata da controlli nel tempo e dalle visite straordinarie. Al compimento dei 16 anni, l'istante può fare richiesta di nuova valutazione limitata all'individuazione della condizione di disabilità in ambito lavorativo.

Il D.M. 2 agosto 2007 prevede la possibilità, per le persone che ne abbiano i requisiti, di essere definitivamente *esonerate da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap*. Il decreto ministeriale non elenca le patologie ma individua 12 situazioni, relative a condizioni patologiche, per cui è previsto l'esonero dalle visite di revisione per le persone riconosciute invalide al 100% con indennità di accompagnamento. Il decreto per ciascuna situazione indica la documentazione sanitaria, rilasciata da struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, idonea a comprovare, sulla base di criteri diagnostici e di valutazioni standardizzati e validati dalla comunità scientifica internazionale, la duratura compromissione.

La condizione in cui può rientrare una persona con disturbo dello spettro autistico è prevista al punto 10 del decreto:

10) Patologie mentali dell'età evolutiva e adulta con gravi deficit neuropsichici e della vita di relazione.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale. Valutazione prognostica. Valutazione e descrizione funzionale: funzioni intellettive; abilità cognitive; abilità e competenze affettive e relazionali; autonomia personale; abilità e competenze di adattamento sociale.

9. EFFICACIA PROVVISORIA (Art. 12, comma 2, lettera l)

La diagnosi di disturbo dello spettro autistico, se certificata da una struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata accreditata, rientra tra le patologie che danno il diritto di accedere alle prestazioni sociali, sociosanitarie e socioassistenziali anche prima della conclusione del procedimento valutativo di base tenendo conto dello straordinario carico assistenziale richiesto dalla condizione.

²² Comunicazione Tecnico Scientifica del Coordinamento Generale Medico Legale INPS, 2 marzo 2015 e Messaggio INPS n. 5544 del 23/06/2014



10. ACCERTAMENTO SULLA SOLA BASE DEGLI ATTI (Art. 12, comma 2, lettera m)

La valutazione senza il ricorso alla visita diretta (art. 6, comma 2 del D.lgs 62/2024), attivabile su richiesta dell'istante, è possibile solo se la documentazione sanitaria allegata al certificato medico introduttivo rilasciata da strutture pubbliche o private accreditate dal SSN, riporti:

- la diagnosi con datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo;
- i livelli di gravità secondo i criteri diagnostici del DSM-5 TR con datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo;
- documentazione relativa allo *Schema riassuntivo dei punteggi dello Score report delle Vineland-II Survey Interview Form* per la valutazione del profilo di funzionamento adattivo, con datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo;
- eventuali comorbidità mediche, psichiatriche e neurologiche presenti.

L'UVB dispone la visita se ritiene che vi siano motivi ostativi all'accoglimento della richiesta di valutazione agli atti.

11. INDIVIDUAZIONE DEI LIVELLI DI SOSTEGNO AI SENSI DELLA LEGGE 104/1992, ART. 3 (Art. 12, comma 2, lettera i)

Il sostegno si attua con attività anche intervallate da momenti di attesa qualificabili come assistenza passiva.

Il sostegno intensivo è caratterizzato dalla necessità di un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale. L'intervento è:

- permanente quando la sua durata si protrae nel tempo;
- continuativo quando è costante o con frequenza ricorrente;
- globale quando è strumentale allo svolgimento della vita quotidiana, dell'apprendimento, del lavoro e della vita di relazione.

Pertanto, il sostegno intensivo (elevato o molto elevato) viene riconosciuto alla persona con diagnosi di disturbo dello spettro autistico di livello 2 o 3 (DSM 5-TR) o con un livello di funzionamento adattivo basso e moderatamente basso o, nel caso di persone autistiche adulte, con punteggio complessivo WHODAS 2.0 a 36 items ≥ 40 .

Nei casi rimanenti viene riconosciuto il sostegno lieve o medio, cioè quando la diagnosi di disturbo dello spettro autistico è di livello 1 (DSM 5-TR) e il livello di funzionamento adattivo è almeno adeguato e, nel caso di persone autistiche adulte, il punteggio complessivo WHODAS 2.0 a 36 items ≤ 40 .

L'UVB, nel caso di incompatibilità tra le scale disponibili, può richiedere l'integrazione documentale.

Tabella 4 -Definizione dei livelli di sostegno in relazione alla condizione personale e alle potenziali barriere ambientali.

COMPROMISSIONE Funzioni e/o Strutture	FATTORI AMBIENTALI	PARTECIPAZIONE	LIVELLO DI SOSTEGNO		Fasce
DURATURA E SIGNIFICATIVA	Barriere ambientali che potrebbero limitare lo svolgimento delle attività o restringere la partecipazione	Rischio potenziale di restrizione della partecipazione tale da richiedere assistenza	SOSTEGNO	LIEVE	1
				MEDIO	2
		Rischio potenziale di restrizione della partecipazione tale da richiede assistenza permanente, continua e globale.	SOSTEGNO INTENSIVO	ELEVATO	3
				MOLTO ELEVATO	4



Si discrimina tra sostegno intensivo elevato e molto elevato oppure tra sostegno lieve e sostegno medio in ragione della frequenza e dell'intensità del sostegno.

12. CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (Articolo 12, comma 2, lettera g)

I criteri per valutare la condizione di non autosufficienza, ai fini della valutazione di base e in coerenza con il D.lgs 29/2024, sono le disabilità pregresse, le gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e il funzionamento bio-psico-sociale, anche in relazione all'età anagrafica.

È ritenuto sufficiente per il riconoscimento della non autosufficienza il possesso di almeno una delle due condizioni riportate di seguito:

1. titolarità dell'indennità di accompagnamento;
2. necessità di intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale e di relazione (con art. 3, comma 3, legge n. 104/1992).

Chi è già stato riconosciuto non autosufficiente prima dell'avvio della sperimentazione (per esempio, dalle pregresse Unità di Valutazione Multidimensionale dei territori), mantiene tale riconoscimento.

13. MODALITÀ PER RICONDURRE L'ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ IN ETÀ ADULTA AI FINI DELL'INSERIMENTO LAVORATIVO E DELLA FORMAZIONE SUPERIORE DI CUI ALL'ARTICOLO 5 DEL D.LGS 66/2017 (Art.12, comma 3)

Ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lett. f), del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, l'unità di valutazione di base effettua l'accertamento della condizione di disabilità ai fini dell'inclusione lavorativa per gli effetti della legge 12 marzo 1999, n. 68, secondo quanto già previsto dal decreto del Presidente del consiglio dei ministri del 13 gennaio 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 22 febbraio 2000, n. 43.

14. MODALITÀ PER RICONDURRE L'ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA AI FINI SCOLASTICI DI CUI ALL'ARTICOLO 5 DEL D.LGS 66/2017 (Art.12, comma 3)

La UVB, tenuto conto delle evidenze del procedimento, riconosce all'istante la condizione di disabilità ai fini dell'inclusione scolastica ai sensi dell'articolo 5, comma 6 del D.lgs 66/2017, nonché del Decreto 14 settembre 2022 del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Istruzione, del Ministro dell'Economia e delle Finanze, del Ministro per gli Affari Generali e le Autonomie e del Ministro per le disabilità.



SCLEROSI MULTIPLA

1. INQUADRAMENTO CLINICO-EPIDEMIOLOGICO

1.1 Inquadramento

La sclerosi multipla (SM) è una malattia autoimmune caratterizzata da demielinizzazione del Sistema Nervoso Centrale e lesioni infiammatorie disseminate cui si associa, in maniera più o meno precoce, degenerazione neuronale. È causata, verosimilmente, da fattori ambientali che impattano su una suscettibilità genetica.

Il fenotipo clinico correlato alla SM può variare anche in modo consistente in funzione della localizzazione, alla diffusione e all'insorgenza delle lesioni all'interno del Sistema Nervoso Centrale, al complessivo carico lesionale documentato alla Risonanza Magnetica, al decorso e alla risposta terapeutica. I deficit neurologici, generalmente multipli e con un decorso caratterizzato da remissioni e riacutizzazioni, gradualmente provocano limitazioni delle attività e determinano, in interazione con barriere ambientali, restrizioni alla partecipazione.

1.2 Epidemiologia

La SM è la prima causa di disabilità neurologica nei giovani adulti con un esordio tipico intorno ai 30 anni e viene per lo più diagnosticata tra i 20 e i 40 anni. Può presentarsi tardivamente e intervenire anche nel paziente di età superiore ai 65 anni ma può manifestarsi anche prima dei 18 anni (SM pediatrica). Si registrano 140.000 casi di SM nel nostro paese con una incidenza annua di circa 3.600 nuovi casi (6 ogni 100.000 persone, 12 in Sardegna) e una prevalenza stimata intorno ai 215 casi per 100.000 abitanti, 400 in Sardegna. Le donne sono colpite in misura superiore agli uomini con un rapporto circa doppio nei casi prevalenti, mentre tra i casi incidenti si registra in media un rapporto triplo.

1.3 Quadro clinico

La SM produce sintomi diversi per gravità e sede colpita, che possono presentarsi singolarmente o in associazione, portando alla comparsa di quadri clinici complessi. Questa varietà di manifestazioni dipende dal fatto che le lesioni demielinizzanti tipiche della malattia possono colpire aree diverse del SNC e, quindi, funzioni diverse. Alcuni sintomi, all'esordio della malattia, sono più frequenti di altri:

- a) **disturbi visivi**, possono includere calo della vista rapido e rilevante, di solito in un occhio, sdoppiamento della vista, movimenti non controllabili dell'occhio. Spesso questi disturbi sono accompagnati da dolore all'occhio;
- b) **disturbi della sensibilità**, con sensazione di intorpidimento, formicolii, perdita di sensibilità al tatto, difficoltà a percepire il caldo e il freddo. Questi disturbi possono essere presenti nelle braccia, gambe, tronco o anche al volto;
- c) **fatiga**, caratterizzata da mancanza di energia fisica e mentale, diversa dalla stanchezza perché si presenta anche in assenza di sforzi o attività fisica e non migliora con il riposo;
- d) **ipostenia** (diminuzione forza muscolare) che soggettivamente si manifesta con debolezza muscolare e affaticabilità (mancanza di energia fisica e mentale, diversa dalla stanchezza perché si presenta anche in assenza di sforzi o attività fisica e non migliora con il riposo).

I sintomi, molto diversi per intensità e durata, possono manifestarsi singolarmente o associati. Alcuni sintomi sono comuni ad altre malattie o condizioni, per questo può accadere che il percorso per arrivare alla conferma della diagnosi sia, a volte, lungo.

Il quadro clinico col progredire della malattia diventa più grave e complesso e si caratterizza per la presenza di sensazione di fatica anche a riposo, disturbi visivi, disturbi della sensibilità, disturbi sfinterici sia urinari sia intestinali, dolore neuropatico (compresa la nevralgia trigeminale), disturbi della coordinazione motoria, cognitivi, dell'umore, della comunicazione e sessuali.

Caratteristico è il peggioramento temporaneo della sintomatologia con l'aumentare della temperatura corporea sia per cause esterne che interne (fenomeno di Uhthoff).



1.4 Decorso

La SM ha un decorso imprevedibile e la sua evoluzione varia da persona a persona, non di meno possono però essere identificati pattern di decorso comuni¹:

- **SM a Ricadute e Remissioni (SMRR)**: si manifesta in circa l'85% dei casi, caratterizzata dalla comparsa di ricadute di malattia (che per essere definite tali devono presentare una durata di almeno 24 ore ed essere distanti le une dalle altre almeno 30 giorni per essere inquadrare come distinte e non l'esacerbazione l'una dell'altra); tali nuovi eventi neurologici si evolvono nell'arco di giorni-settimane e possono, a seconda dei casi, incorrere in completa oppure parziale remissione (possono essere identificati, pertanto, due differenti sottogruppi). La frequenza delle ricadute è estremamente variabile, con un intervallo libero che può durare anche molto tempo. Tra un attacco e l'altro, il paziente è stabile;
- **SM Secondariamente Progressiva (SMSP)**: rappresenta l'evoluzione di una buona percentuale delle forme RR (50% circa); dopo circa 10-15 anni, infatti, la malattia non subisce più l'influenza di attacchi acuti e si presenta un deterioramento neurologico dal carattere continuo e progressivo;
- **SM Primariamente Progressiva (SMPP)**: si manifesta in circa il 10-15% dei casi, in tale contesto, l'esordio è progressivo ab initio, senza le tipiche pousseé cliniche delle forme RR;
- **SM Progressiva con Ricadute (SMPR)**: fenotipo caratterizzato da un sottofondo di progressione cui si sovrappongono peggioramenti neurologici acuti; si tratta di un quadro misto tra forme a ricadute e remissioni e semplice progressione.

Le due principali forme di malattia ("a ricadute e remissioni" e "progressiva") sono state ulteriormente classificate² in relazione al proprio grado di "attività di malattia" e di "progressione".

L'attività di malattia è definita come la presenza di ricaduta clinica e/o di una evoluzione del quadro neuroradiologico (lesioni captanti gadolinio; nuove lesioni iperintense in T2 oppure lesioni iperintense in T2 inequivocabilmente ingrandite alla RM). La progressione, invece, per essere accertata, deve essere presente da almeno un anno.

Tabella 1. Caratteristiche del decorso della SM.

CaraGerisÄche aÄ vitÄ malaÄ a	FenoUpo principale	CaraGerisÄche decorso
☐ Attiva	☐ recidivante-remittente	☐ con peggioramento
		☐ senza peggioramento
☐ Non attiva	☐ primariamente progressiva	☐ con progressione
	☐ secondariamente progressiva	☐ senza progressione

A tali fenotipi sono state aggiunte altre due entità:

a) **Sindrome Clinicamente Isolata (Clinically Isolated Syndrome - CIS).**

È caratterizzata dalla comparsa di un episodio neurologico (sintomo o segno), che dura almeno 24 ore e che sia dovuto a un processo demielinizzante del sistema nervoso centrale. Le persone con una CIS non svilupperanno necessariamente la SM.

b) **Sindrome Radiologicamente Isolata (Radiologically Isolated Syndrome - RIS).**

È caratterizzata da riscontri alla RM, perlopiù occasionale e in soggetti asintomatici, di lesioni altamente suggestive per malattia demielinizzante del SNC a tipo SM. Non è considerata un decorso della SM anche se più della metà delle persone con RIS sviluppa la SM entro 10 anni³.

¹ Lublin FD, Reingold SC. *Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey. National Multiple Sclerosis Society (USA) Advisory Committee on Clinical Trials of New Agents in Multiple Sclerosis.* Neurology 1996 Apr;46(4):907-11.

² Lublin FD, Reingold SC, Cohen JA, et al. *Defining the clinical course of multiple sclerosis: The 2013 revisions.* Neurology. 2014;83(3):278-86.

³ <https://www.nationalmssociety.org/understanding-ms/what-is-ms/types-of-ms>



Per recidiva, o poussé, ricaduta, riacutizzazione, attacco, si intende la comparsa acuta o sub-acuta di un deficit neurologico della durata di almeno 24 ore, in assenza di febbre e infezioni. Una recidiva tende a risolversi in modo spontaneo o in seguito a terapia steroidea ad alte dosi e protratta per alcuni giorni. L'obiettività clinica tende a stabilizzarsi 20-30 giorni dopo il termine del trattamento steroideo.

La valutazione di base, accertamento e verifica della condizione di salute dell'istante, per quanto sopra, va effettuata almeno 30 giorni dopo l'esordio di una recidiva ed è essenziale che la UVB possa disporre della documentazione che descriva con puntualità il decorso clinico anche in relazione agli esiti della terapia.

1.5 Diagnosi

La diagnosi viene formulata valutando tre elementi:

- ⇒ storia clinica (anamnesi),
- ⇒ esame obiettivo neurologico,
- ⇒ risonanza magnetica⁴.

Esami di laboratorio ematochimici, potenziali evocati ed esame del liquido cefalorachidiano completano l'iter diagnostico e sono utili per la diagnosi differenziale.

L'osservazione prolungata del decorso clinico, l'insieme degli esami di laboratorio e strumentali, in assenza di segni, sintomi e test patognomonici, permettono di confermare o escludere la diagnosi di sclerosi multipla.

1.6 Prognosi

L'evoluzione della SM è assai variabile, il decorso della malattia nei primi due anni dalla diagnosi riproduce abbastanza fedelmente la sua evoluzione nel corso della vita, ma la prognosi nel singolo paziente resta incerta per l'imprevedibilità del decorso. Esistono tuttavia dei fattori "predittivi" positivi e negativi, sia di tipo clinico sia di tipo strumentale, che permettono in qualche modo di prevedere quale potrebbe essere l'orientamento che prenderà la malattia negli anni.

Tabella 2. Fattori prognostici della sclerosi multipla.

FATTORI PROGNOSTICI POSITIVI	FATTORI PROGNOSTICI NEGATIVI
	Esordio tardivo (dopo i 45 anni).
Sesso femminile.	Sesso maschile.
Esame liquorale negativo.	Profilo liquorale infiammatorio.
Lungo intervallo di tempo tra esordio e prima ricaduta.	Elevata frequenza di ricadute nei primi due anni.
Esordio monosintomatico o esordio con neurite ottica e disturbi sensitivi.	Esordio tronco-encefalico / cerebellare / midollare / polisintomatico.
RM negativa o senza disseminazione spaziale delle lesioni o con basso carico lesionale/ no lesioni attive/ no atrofia	Precoce compromissione cognitiva
	RM con disseminazione spaziale o alto carico lesionale/ presenza di lesioni attive/ atrofia/ grave perdita di tessuto nelle lesioni infiammatorie (buchi neri).
	Elevato punteggio EDSS all'esordio.
Recupero completo dopo ricaduta (spontaneamente o dopo terapia steroidea)	Scarsa risposta agli steroidi con recupero incompleto dopo ricaduta
Nessun accumulo di disabilità nei primi due anni	Rapido accumulo di disabilità nei primi 2 anni

⁴ Thompson AJ, Banwell BL, Barkhof F, et al. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *Lancet Neurol.* 2018;17(2):162-73.



La SM è compresa, con codice esenzione 046, nell'*Elenco malattie e condizioni croniche e invalidanti* previste dal DPCM 12 gennaio 2017 - Allegato 8.

1.7 Trattamento

Il **traGamento della SM** prevede un approccio integrato farmacologico e riabilitativo che **non è mai risoluUvo della malaY a** ma che per un certo tempo può risultare efficace nel migliorare il funzionamento nei domini della mobilità e delle attività di vita quotidiana.

Il trattamento farmacologico con immunomodulanti o immunosoppressori e glucocorticoide mira a rallentarne la progressione e a prevenire le recidive.

Il trattamento riabilitativo interdisciplinare nella SM mira al recupero e al mantenimento delle attività nei diversi domini della salute.

2. CERTIFICATO MEDICO INTRODUTTIVO (Art. 8, comma 3, lettera b)

2.1 Documentazione da allegare al certificato medico introduttivo

Il certificato medico introduttivo reca quale contenuto essenziale anche la documentazione relativa all'accertamento diagnostico.

La documentazione da allegare al certificato medico introduttivo quando si pone diagnosi di "Sclerosi Multipla" prevede:

- ⇒ Certificazione specialistica neurologica.
- ⇒ RMN encefalo (risonanza magnetica nucleare dell'encefalo).
- ⇒ Scala EDSS con punteggio aggregato e disaggregato per sistemi funzionali.

La certificazione specialistica neurologica:

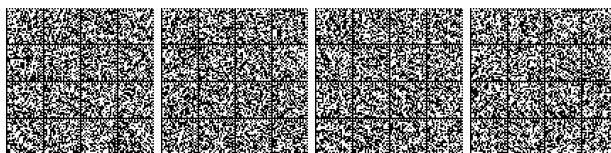
- è rilasciata da medici in servizio presso strutture pubbliche o private accreditate o da medici in convenzione con il SSN;
- riporta la diagnosi, il decorso, la refertazione della risonanza magnetica dell'encefalo e la Scala EDSS con punteggio aggregato e disaggregato.

La diagnosi di SM, riportata nel Certificato medico introduttivo, deve essere codificata con la **versione di ICD vigente** così come le eventuali comorbidità.

2.2 Ulteriore eventuale documentazione

Se disponibili è utile per il prosieguo del processo accertativo allegare:

- Potenziali evocati visivi, uditivi, somato-sensoriali a supporto del quadro clinico.
- Esami di laboratorio e liquorali utili a supportare della diagnosi.
- Ulteriori prove documentali utili alla definizione del quadro clinico.
- Ogni altra eventuale certificazione medica già rilasciata, secondo disposizioni vigenti (patenti di guida, esenzioni ticket, progetti riabilitativi individualizzati).



3. CRITERI MEDICO-LEGALI PER LA VALUTAZIONE DELLA COMPROMISSIONE DURATURA E DELLE LIMITAZIONI NEL FUNZIONAMENTO**3.1 Premessa**

I criteri medico-legali presentati di seguito vanno ad aggiornare i contenuti del DM 5 febbraio 1992, relativamente alla SM, considerato che tale condizione non era prevista dal DM 5 febbraio 1992 e per la cui valutazione medico-legale si ricorreva al criterio analogico, si tratta di un nuovo inserimento.

3.2 Accertamento della compromissione duratura e sua significatività - d.lgs. 62/2024, art. 12, comma 2, lettere a), b)

I criteri per accertare la compromissione duratura e la sua significatività nella SM tengono conto del decorso della malattia, della RMN e della scala clinica EDSS⁵ (Expanded Disability Status Scale - Scala ampliata dello stato di disabilità).

3.3 Accertamento della significatività

La scala specifica EDSS e la RMN permettono di accertare la significatività della SM.

3.4 Compromissione duratura

La compromissione delle funzioni e/o delle strutture del corpo umano determinate dalla SM sono durature.

La valutazione tiene conto che i trattamenti attualmente disponibili possono ridurre, in una percentuale significativa dei casi, l'incidenza e la severità degli attacchi, ma non conducono a guarigione:

- gli immunomodulanti e gli immunosoppressori sono utilizzati per prevenire le ricadute e ritardare la progressione della malattia;
- i glucocorticoidi sono utilizzati per abbreviare e alleviare la gravità delle ricadute;
- la terapia riabilitativa è utile per recuperare e conservare, seppur in misura variabile e temporaneamente, le funzioni compromesse e le limitazioni delle attività.

4. PERCENTUALIZZAZIONE DELLA RIDUZIONE DELLA CAPACITÀ DI SVOLGERE ATTIVITÀ IN MOLTEPLICI DOMINI IN AMBITO DI INVALIDITA' CIVILE - Art. 12, comma 2, lettera e)**4.1 Premessa**

Il concetto di capacità lavorativa generica viene ricondotto al concetto più generale pertinente alla capacità di svolgere azioni in molteplici domini. Il concetto di capacità che viene assunto è quello di ICF ed è inteso come "abilità di svolgere attività in un ambiente standard".

Rimane fermo che la percentualizzazione della riduzione della capacità di svolgere attività in molteplici domini si accerta solo per le persone adulte (fascia di età compresa tra i 18 e i 67 anni, con eventuali successivi adeguamenti normativi del limite massimo di età), nonché su richiesta dell'istante a partire dai 16 anni, ai soli fini dell'iscrizione al collocamento mirato, fatti salvi ulteriori benefici specificatamente previsti.

La percentualizzazione è valida ai fini dell'aggiornamento della Tabella di cui al D.M. 5 febbraio 1992.

5 Kurtzke JF. 1983. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*;33:1444-52.



4.2 Percentualizzazione

La scala EDSS è lo strumento valutativo di riferimento per l'accertamento della percentualizzazione correlata alle limitazioni del funzionamento. La Scala EDSS consente di definire cinque fasce di giudizio medico legale sulla base del grado di compromissione dei sistemi funzionali e di limitazione della deambulazione. Tenuto conto che la Scala EDSS non indaga e non valuta i cosiddetti sintomi nascosti⁶, questi vanno reperiti nella documentazione necessaria all'UVB ai fini di una appropriata valutazione della percentualizzazione nei livelli di score EDSS $\leq 5,5$ e nelle relative classi funzionali da 1 a 4.

L'approfondimento diagnostico, accompagnato da prove di evidenza (utilizzo di scale validate e storia clinica) per classi funzionali < 5 contribuisce a determinare con maggiore accuratezza il livello di limitazione delle attività. Le prove di evidenza consentono la compiuta definizione della percentualizzazione e il passaggio ad una fascia superiore.

Tabella 3. Percentualizzazione Sclerosi Multipla.

Classi funzionali	Punteggio EDSS	Min	max	fisso
1	EDSS = 1 – 2	34	40	
2	EDSS = 2,5 – 3,5	41	60	
	Oppure EDSS = 1 – 2 con dolore neuropatico cronico e/o fatica e/o altri sintomi documentati correlati alla SM*			
3	EDSS = 4 – 5	61	80	
	Oppure EDSS = 2,5 – 3,5 con dolore neuropatico cronico e/o fatica e/o altri sintomi documentati correlati alla SM*			
4	EDSS = 5,5	81	95	
	Oppure EDSS = 4 – 5 con dolore neuropatico cronico e/o fatica e/o altri sintomi documentati correlati alla SM*			
5	EDSS ≥ 6	-		100
	Oppure EDSS = 5,5 con dolore neuropatico cronico e/o fatica e/o altri sintomi documentati correlati alla SM*			

* Secondo quanto indicato dal documento "Comunicazione tecnico scientifica per l'accertamento degli stati invalidanti correlati alla Sclerosi Multipla"⁷, 2022.

La percentualizzazione in caso di comorbidità viene determinata utilizzando i seguenti criteri:

- quando le ulteriori condizioni di salute interessino le medesime strutture e/o funzioni del corpo umano, allora si procede a una valutazione complessiva, che non deve di norma consistere nella somma aritmetica delle singole percentuali, bensì in un valore percentuale proporzionale a quello previsto per la perdita totale della struttura o delle funzioni in questione. Nella valutazione complessiva non si tiene conto delle condizioni di salute valutate tra lo zero e il 10 per cento, ai sensi dell'art. 5 del decreto legislativo n. 509 del 1988, purché non concorrenti tra loro;

⁶ Amato MP, Ponziani G. Quantification of impairment in MS: discussion of the scales in use. *Mult Scler.* 1999; 5 :216–219.

⁷ https://www.inps.it/content/dam/inps-site/pdf/istituto/struttura-organizzativa/Aggiornamento_Comunicazione_Tecnico_Scientifica_AISM_INPS_Sclerosi_Multipla.pdf

⁷ Balthazard V. Précis de Médecine Légale. Libraire J.B. Baillié et fils. Paris, 5 Ed., (1935) 324-333



- quando vi sia una sola ulteriore condizione di salute che riguardi altre strutture o altre funzioni del corpo umano, allora si procede a eseguire il calcolo riduzionistico, utilizzando la formula detta di Balthazard⁸: $inv_{tot} = inv_1 + inv_2 - inv_1 \times inv_2$, dove:
 - inv_{tot} è la percentuale di invalidità riconosciuta al concorso tra le due distinte condizioni di salute;
 - inv_1 è la percentuale di invalidità riconosciuta alla prima condizione, nel caso corrente il disturbo dello spettro autistico;
 - inv_2 è la percentuale di invalidità riconosciuta alla seconda condizione, cioè quella che riguarda strutture o funzioni diverse.
 La formula deve essere applicata ai valori espressi in decimali (es 0,62 anziché 62 per cento).
- quando vi sia più d'una ulteriore condizione di salute che riguardi altre strutture o altre funzioni del corpo umano, si applicherà in successione la formula di Balthazard (vedi punto precedente), sino a considerarle tutte. Non ha importanza l'ordine col quale si procede, a condizione che l'arrotondamento alla percentuale (due cifre decimali) sia effettuato solo sul risultato finale.

4.3 Utilizzo di WHODAS 2.0 ai fini della percentualizzazione

Il World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0⁹), strumento di misura della disabilità, viene utilizzato per valorizzare la partecipazione della persona nel processo valutativo e per integrare i parametri utilizzati per l'individuazione della percentuale di invalidità civile. A tal fine la percentuale finale, individuata anche in caso di comorbidità con i criteri previsti dal DM 5 febbraio 1992, parte I, paragrafo 3, può essere modificata come segue:

- ⇒ moltiplicandola per un valore compreso tra 1 e 1,05 in caso di punteggio WHODAS 2.0 compreso tra 26 e 40;
- ⇒ moltiplicandola per un valore compreso tra 1,06 e 1,10 in caso di punteggio WHODAS 2.0 compreso tra 41 e 100.

Il valore che ne scaturisce è arrotondato¹⁰ all'intero più vicino e, in ogni caso, non supera il 100%. Si utilizza il punteggio WHODAS 2.0 complessivo ST_S36, salvo per gli anziani in età non lavorativa e per le persone prive di occupazione retribuita per i quali si usa ST_S32.

Il punteggio WHODAS 2.0 integra la valutazione solo se compatibile con il quadro clinico e documentale riscontrato. L'UVB, nel caso di incompatibilità, può richiedere l'integrazione documentale nei soli casi in cui sia necessaria per il riconoscimento di una più elevata valutazione percentuale.

Il WHODAS 2.0 è stato utilizzato per la valutazione della disabilità nelle malattie croniche¹¹ e nella SM¹².

9 Frattura L, Tonel P, Zavaroni C (Curatori dell'edizione italiana). Misurare la Salute e la Disabilità: Manuale dello Strumento OMS per la Valutazione della Disabilità WHODAS 2. Centro Collaboratore Italiano per la Famiglia delle Classificazioni Internazionali, Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, per il tramite della SS Area delle Classificazioni, Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 Bassa Friulana-Isontina. Udine 2018. Licenza: CC BY-NC-ND 4.0. Scaricabile da Portale italiano delle classificazioni sanitarie, www.reteclassificazioni.it

10 Arrotondamento "Round to nearest, ties away from zero", IEEE 754-1985.

11 Garin et al., Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patient with chronic diseases. Health and Quality of Life Outcomes 2010, 8:51

12 Magistrale G. et al. Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS-II) in patients with multiple sclerosis. Mult Scler. 2015 Apr;21(4):448-56. doi: 10.1177/1352458514543732



5. PROFILO DI FUNZIONAMENTO AI FINI DELLA VALUTAZIONE DI BASE (Art.12, comma 2, lettera h; Art.12, comma 2, lettera f; Art. 10, comma 1, lettera d.

Le scale specifiche per patologia e le scale generiche per la valutazione dell'autonomia nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana sono state codificate in ICF ai fini dell'individuazione del profilo di funzionamento.

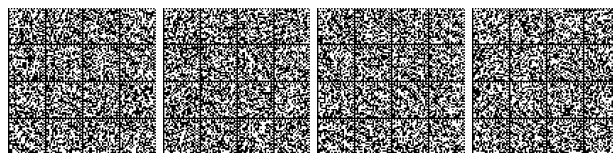
La codifica ICF è stata predisposta dal Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali. Si fa ricorso alla versione ICF aggiornata al 2018¹³ pubblicata su Portale italiano delle classificazioni sanitarie. La codifica ha lo scopo di descrivere e organizzare le informazioni e perciò non concorre ad influenzare la determinazione della percentuale per le provvidenze economiche.

Nel caso della SM, la valutazione della ricaduta delle compromissioni funzionali e strutturali, in termini di capacità secondo la Classificazione ICF, nei domini relativi all'attività e partecipazione, inclusi i domini relativi al lavoro e alla formazione superiore per gli adulti e all'apprendimento, anche scolastico, per i minori, utilizza la Scala EDSS e scale generiche per la valutazione dell'autonomia nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana. La scala EDSS e l'Indice di Barthel e la scala di Lawton e Brody sono stati codificati in ICF ai fini dell'individuazione del profilo di funzionamento. L'EDSS consente di valutare il livello di compromissione neurologica in 8 sistemi funzionalmente concorrenti ma anatomicamente distinti e la capacità di deambulare.

Tabella 4. Sistemi funzionali e livello di compromissione

Sistemi funzionali	LIVELLO DI COMPROMISSIONE							
	0	1	2	3	4	5	6	X
FUNZIONI PIRAMIDALI	Normale	Segni anomali senza disabilità	Disabilità minima	Lieve o moderata paraparesi o emiparesi. Severa monoparesi	Marcata paraparesi o emiparesi; moderata tetraparesi; o monoplegia.	Marcata paraplegia, emiplegia o tetraparesi	Tetraplegia	
FUNZIONI CEREBELLARI	Normale	Segni anomali senza disabilità	Lieve atassia	Moderata atassia del tronco o degli arti	Severa atassia in tutti gli arti	Incapacità di eseguire movimenti coordinati a causa dell'atassia		Si mette dopo ciascun numero quando l'ipostenia (grado 3 o più del sistema)
FUNZIONI DEL TRONCO ENCEFALO	Normale	Solo segni	Nistagmo moderato o altra disabilità lieve	Nistagmo severo, ipostenia marcata della muscolatura oculare estrinseca o disabilità modesta di altri nervi cranici.	Disartria o altra disabilità marcata.	Incapacità a deglutire o a parlare.		
FUNZIONI SENSITIVE	Normale	Lieve ipopallestesia in 1 o 2 arti	Lieve deficit delle sensibilità superficiali (tattile o dolorifica) o statochinestesia e/o moderata ipopallestesia, in 1 o 2 arti; oppure solo ipopallestesia in 3-4 arti.	Moderato deficit delle sensibilità superficiali o statochinestesia e/o pallestesia in 1 o 2 arti; oppure lieve deficit delle sensibilità superficiali e/o statochinestesia in 3 o 4 arti.	Marcata ipoestesia superficiale e/o perdita della sensibilità propriocettiva in 1-2 arti, oppure moderata ipoestesia superficiale e/o marcato deficit delle sensibilità profonde in più di due arti.	Perdita delle sensibilità superficiali in 1-2 arti; oppure moderata ipoestesia superficiale e/o perdita delle sensibilità profonde dalla testa in giù.	Perdita delle sensibilità superficiale e profonde dalla testa in giù.	
FUNZIONI SFINTERICHE	Normale	Lieve difficoltà ad iniziare il mito o ritenzione o urgenza minzionale	Moderata difficoltà ad iniziare il mito o ad evacuare; oppure urgenza nella minzione o nella evacuazione; rara incontinenza urinaria.	Incontinenza urinaria frequente.	Cateterizzazione quasi costante	Perdita della funzione vescicale	Perdita di entrambe le funzioni sfinteriche.	
FUNZIONI VISIVE	Visus normale	Visus (corretto) superiore a 7/10; presenza di scotoma	L'occhio peggiore con scotoma e con acuità visiva massima (corretta) pari a 4-6/10	L'occhio peggiore con ampio scotoma o moderati deficit campi metrici ma con visus pari a 2-3/10	L'occhio peggiore presenta un marcato deficit del campo visivo e/o la massima acuità è di 1/10 oppure ha una massima acuità visiva di 2-3/10 con l'occhio migliore con acuità visiva di 4-6/10.	L'occhio peggiore ha un'acuità visiva di 1/10 e l'occhio migliore di 4-6/10 o meno.	Acuità visiva pari a 1/10 bilateralmente	Si aggiunge ai gradi da 0 a 6 in caso di pallore temporale.re temporale.
FUNZIONI MENTALI	Normale	Modesta alterazione del tono dell'umore (non modifica il punteggio EDSS)	Lieve deficit cognitivo	Moderato deficit delle funzioni cognitive	Marcato deficit delle funzioni cognitive	Demenza		
ALTRE FUNZIONI	Niente							

¹³ Frattura L, Tonel P, Zavaroni C, Nardo E. ICF 2018 - Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Nuova traduzione in italiano della classificazione a un livello, a due livelli e dettagliata con definizioni, comprensiva degli aggiornamenti cumulativi 2011-2018. Trieste: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina; 2022. Licenza: CC BY-NC-ND 4.0. Scaricabile da Portale italiano delle Classificazioni sanitarie, www.reteclassificazioni.it



La codifica in ICF delle compromissioni nei diversi sistemi funzionali viene effettuata tenendo conto dei parametri considerati per l'attribuzione del punteggio di compromissione in ciascun sistema funzionale EDSS (SF) e della descrizione dei codici ICF, in modo coerente. Trattandosi di SF riconducibili a Funzioni del corpo umano secondo ICF, i 6 gradi di compromissione EDSS vengono ricondotti ai quattro ICF per il qualificatore generico di estensione/gravità di una compromissione funzionale, secondo la corrispondenza riportata in tabella. La codifica ICF viene fatta al secondo livello di classificazione (*tre cifre*).

Tabella 5. Qualificatori generici

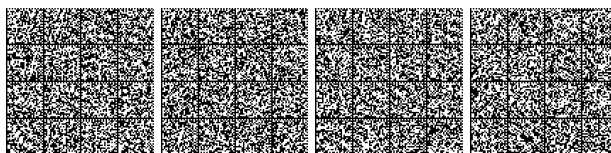
CLASSE SF	QUALIFICATORE ICF	PROBLEMI	
		%	DESCRIZIONE
0	0	0 – 4	Assente, nessuna, trascurabile ...
1 – 2	1	5 – 24	Leggera, minima ...
3	2	25 – 49	Media, discreta, modesta ...
4 – 5	3	50 – 95	Notevole, estrema ...
6	4	96 – 100	Totale, completa ...

Tabella 6. Codifica in ICF delle funzioni dei sistemi funzionali

EDSS – Sistemi funzionali		CODICI ICF
1	Funzioni piramidali	b760 Funzioni di controllo del movimento volontario b730 Funzioni della forza muscolare b735 Funzioni del tono muscolare b750 Funzioni del riflesso motorio
2	Funzioni cerebellari	b755 Funzioni di reazione motoria involontaria b760 Funzioni di controllo del movimento volontario b770 Funzioni del pattern del cammino (o locomotorio)
3	Funzioni del tronco encefalo	b215 Funzioni delle strutture accessorie dell'occhio (b2152 Funzioni dei muscoli estrinseci dell'occhio) b310 Funzioni fonatorie b320 Funzioni articolatorie b510 Funzioni ingestive (b5105 Deglutire)
4	Funzioni sensitive	b260 Funzioni propriocettiva b270 Funzioni sensoriali relative a temperatura e ad altri stimoli
5	Funzioni sfinteriche	b525 Funzioni di defecazione b620 Funzioni relative alla minzione
6	Funzioni visive	b210 Vista
7	Funzioni mentali	b117 Funzioni intellettive b140 Attenzione b126 Funzioni del temperamento e della personalità b144 Memoria b164 Funzioni cognitive superiori
8	Altre funzioni	La scala non le indica.

La codifica dello score EDSS è riportata nella tabella.

L'EDSS valuta lo stato di disabilità delle persone con SM su una scala graduata da 0 a 10. Il punteggio da:



- ⇒ **0 a 3,5** è determinato dai deficit in otto sistemi funzionali (FS) in coloro che non presentano alcuna compromissione della deambulazione;
- ⇒ **4,0 a 9,5** è determinato sia dalla capacità di deambulazione che dai deficit di FS, che tipicamente sono correlati tra loro;
- ⇒ **10** (*decesso dovuto alla patologia*) non viene considerato.

Lo score finale - compreso tra 0 (esame neurologico normale) e 9,5 è ricavato dai punteggi dei singoli sistemi funzionali e si riferisce alle limitazioni delle attività deambulazione e autonomia quotidiana.

Tabella 7. Score EDSS e codifica in ICF delle attività

SCORE EDSS	Significato dello Score EDSS	Significato dello Score EDSS codificato secondo ICF utilizzando una selezione di codici
EDSS 0	Esame neurologico normale (tutti i sistemi funzionali [SF] di grado 0; è compreso il grado 1 del SF mentale).	Nessuna funzione nei SF ha un valore di qualificatore diverso da 0, tranne quelle nel SF "Funzioni mentali" che hanno un valore di qualificatore =1.
EDSS 1	Non c'è disabilità, segni minimi in un SF (escluso il SF mentale di grado 1).	Nessuna funzione ricompresa nei SF ha un valore di qualificatore = 4, 3, 2. Solo le funzioni nel SF 7 "mentale" hanno un valore di qualificatore =1.
EDSS 1,5	Non c'è disabilità, segni minimi in più di un SF (più SF di grado 1; eccetto il mentale di grado 1).	Nessuna funzione ricompresa nei SF ha un valore di qualificatore = 4, 3, 2. In più di un SF funzioni con valore di qualificatore =1. Le funzioni nel SF 7 "Funzioni mentali" hanno un valore di qualificatore =1.
EDSS 2	Disabilità minima in un SF (un SF di grado 2, gli altri di grado 0 o 1).	Nessuna funzione ricompresa nei SF ha un valore di qualificatore = 4, 3, 2. In un SF funzioni con valore di qualificatore =1.
EDSS 2,5	Disabilità minima in un SF (due SF di grado 2, gli altri di grado 0 o 1).	Nessuna funzione ricompresa nei SF ha un valore di qualificatore = 4, 3, 2. In due SF funzioni con valore di qualificatore =1.
EDSS 3,0	Disabilità moderata in un SF (uno di grado 3, gli altri di grado 0 o 1), o disabilità lieve in tre o quattro SF (tre o quattro di grado 2, gli altri di grado 0 o 1), il paziente è del tutto autonomo.	Nessuna funzione ricompresa nei SF ha un valore di qualificatore =4, 3. In due SF funzioni con valore di qualificatore =1. Nessun item dell'Indice di Barthel codificato in ICF ha un valore di qualificatore diverso da 0.
EDSS 3,5	Il paziente è del tutto autonomo ma ha una disabilità moderata in un SF (di grado 3) e uno o due SF di grado 2; oppure due SF di grado 3; oppure cinque SF di grado 2 (altri di grado 0 o 1).	Nessun item dell'Indice di Barthel codificato in ICF ha un valore di qualificatore diverso da 0.
EDSS 4,0	Il paziente è del tutto autonomo senza aiuto, autosufficiente, anche per 12 ore al giorno nonostante una disabilità relativamente marcata consistente in un SF di grado 4 (altri di grado 0 e 1), o combinazioni di gradi inferiori che superano i limiti precedenti; il paziente è in grado di camminare senza aiuto o senza fermarsi per circa 500 metri.	Nessun item dell'Indice di Barthel codificato in ICF ha un valore di qualificatore uguale a 4, 3, 2, 1. Nessuna funzione nei SF ha un valore di qualificatore uguale a 2 e 3. In un SF funzioni con valore di qualificatore uguale ≥ 1.
EDSS 4,5	Il paziente è del tutto autonomo senza aiuto, in grado di lavorare tutto il giorno, ma può avere qualche limitazione per un'attività completa e richiedere un minimo di assistenza; si caratterizza per una disabilità relativamente marcata consistente in un SF di grado 4 (altri di grado 0 e 1) o combinazioni di gradi inferiori che superano i punteggi precedenti; è in grado di camminare senza aiuto o senza fermarsi per circa 300 metri.	Qualche item dell'Indice di Barthel codificato in ICF, riferito ad attività, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza uguale a 1 o 2. L'attività d450 Camminare , ricompresa nell'Indice di Barthel, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza diverso da 4, 3, 2. Nessuna funzione nei SF ha un valore di qualificatore uguale a 2 e 3. In un SF funzioni con valore di qualificatore uguale a 4. Possibili combinazioni di funzioni in SF con valore di qualificatore superiore a 0 e 1.
EDSS 5,0	Il paziente è in grado di camminare senza aiuto e senza fermarsi per circa 200 metri; la disabilità è sufficientemente marcata da intralciare una completa attività quotidiana (per esempio lavorare tutto il giorno senza provvedimenti particolari).	L'attività d450 Camminare , ricompresa nell'Indice di Barthel, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza diverso da 4, 3, 2. I restanti item dell'Indice di Barthel codificati in ICF hanno un valore di qualificatore diverso da 0 e 1.
EDSS 5,5	Il paziente è in grado di camminare senza aiuto o senza fermarsi per circa 100 metri; la disabilità è sufficientemente marcata da impedire una completa attività quotidiana.	L'attività d450 Camminare , ricompresa nell'Indice di Barthel, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza diverso da 4 o 3. I restanti item dell'Indice di Barthel codificati in ICF hanno un valore di qualificatore diverso da 0, 1, 2.
EDSS 6	Il paziente necessita di appoggio saltuario o costante da un lato (bastone, gruccia, cinghia) per camminare per circa 100 metri con o senza fermarsi.	L'attività d450 Camminare , ricompresa nell'Indice di Barthel, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza uguale a 4.
EDSS 6,5	Il paziente necessita di appoggio bilaterale costante (bastoni, grucce, cinghie) per camminare per circa 20 metri senza fermarsi.	L'attività d450 Camminare , ricompresa nell'Indice di Barthel, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza uguale a 4.
EDSS 7	Il paziente è incapace di camminare per oltre 5 metri anche con aiuto, ed è essenzialmente obbligato su una sedia a rotelle; è in grado di spostarsi da solo sulla sedia a rotelle e di trasferirsi da essa ad altra sede (letto, poltrona); passa in carrozzella circa 12 ore al giorno.	L'attività d450 Camminare , ricompresa nell'Indice di Barthel codificato in ICF, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza uguale a 4. L'attività d465 Spostarsi usando strumenti e attrezzature , ricompresa nell'Indice di Barthel codificato in ICF, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza diversa da 4, 3, 2. L'attività d410 Cambiare posizione corporea , ricompresa nell'Indice di Barthel codificato in ICF ha un valore di qualificatore diverso da 4, 3, 2.



EDSS 7,5	Il paziente è incapace di fare più di qualche passo, è obbligato sulla sedia a rotelle; può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla sedia ad altra sede; si sposta da solo sulla carrozzella standard per un giorno intero. Può aver bisogno di una carrozzella a motore.	L'attività d450 Camminare , ricompresa nell'Indice di Barthel codificato in ICF, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza uguale a 4. L'attività d465 Spostarsi usando strumenU e aGrezzature , ricompresa nell'Indice di Barthel codificato in ICF, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza diversa da 4, 3, 2. L'attività d410 Cambiare posizione corporea , ricompresa nell'Indice di Barthel codificato in ICF ha un valore di qualificatore diverso da 4.
EDSS 8	Il paziente è essenzialmente obbligato a letto o su una sedia a rotelle o viene trasportato sulla carrozzella, ma può stare fuori dal letto per gran parte del giorno; ha generalmente un uso efficace degli arti superiori	L'attività d450 Camminare , ricompresa nell'Indice di Barthel codificato in ICF, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza uguale a 4. L'attività d465 Spostarsi usando strumenA e aGrezzature , ricompresa nell'Indice di Barthel codificato in ICF, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza pari a 4.
EDSS 8,5	Il paziente è essenzialmente obbligato al letto per buona parte del giorno. Ha un qualche uso efficace degli arti superiori	Tutti gli item dell'Indice di Barthel codificati in ICF hanno un valore di qualificatore capacità senza assistenza uguale a 4. L'attività d445 Usare le mani e le braccia ha un valore del qualificatore capacità senza assistenza diverso da 4, 3, 2.
EDSS 9	Paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e mangiare (viene alimentato)	Tutti gli item dell'Indice di Barthel codificati in ICF hanno un valore di qualificatore uguale a 4. Le attività d310 Comunicare con - ricevere - messaggi nella lingua parlata e d330 Parlare hanno un valore di qualificatore capacità senza assistenza è diverso da 4, 3, 2.
EDSS 9,5	Paziente obbligato a letto, totalmente dipendente; incapace di comunicare efficacemente o di mangiare/deglutire	Tutti gli item dell'Indice di Barthel codificati in ICF hanno un valore di qualificatore uguale a 4. Nelle attività d310 Comunicare con - ricevere - messaggi nella lingua parlata e d330 Parlare il valore del qualificatore capacità senza assistenza è diverso da 0, 1, 2.

Per l'individuazione del profilo di funzionamento della persona adulta, limitatamente ai domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentali agli atti di vita quotidiana, con necessità di sostegni continuativi, sono state identificate due scale generiche è stata identificata una scala generica le cui attività/azioni indagate sono state codificate in ICF:

1. **L'Indice di Barthel** è uno strumento di misura, validato in italiano¹⁴, comunemente utilizzato per valutare l'autonomia nello svolgimento delle attività di base di vita quotidiana (Basic Activities of Daily Living – BADL), (Scheda tecnica 1).
2. **La Scala di Lawton-Brody**¹⁵ è uno strumento di misura per valutare le attività strumentali della vita quotidiana (Instrumental Activities of Daily Living Scale, IADL) attraverso 31 items in 8 diversi domini (Scheda tecnica 2).

6. INDIVIDUAZIONE DEI REQUISITI PER L'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

6.1 Criteri per individuare i titolari di indennità di accompagnamento

L'UVB tenuto conto dell'istruttoria svolta si esprime in merito all'eventuale riconoscimento dell'indennità di accompagnamento a favore degli istanti per i quali sia stata riconosciuta la totale inabilità.

La valutazione del profilo di funzionamento della persona, limitatamente ai domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentali agli atti di vita quotidiana, viene effettuata al solo fine del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento.

L'UVB nel caso della sclerosi multipla può avvalersi dell'EDSS, dell'Indice di Barthel (BADL), della Scala di Lawton e Brody (IADL) o di altre scale equivalenti e scientificamente validate, sempre che la relativa certificazione è congrua con il quadro clinico e documentale.

¹⁴ Galeoto et al. The Barthel Index: Italian Translation, Adaptation and Validatio. Int J Neurol Neurother 2015, 2:2

¹⁵ Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t06803-000>



7. REVISIONE DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ (Art. 12, comma 2, lettera d)

La SM è una condizione non soggetta a revisione.

8. CASI DI ESONERO GIÀ STABILITI – ESCLUSI IL CONTROLLO NEL TEMPO (Art. 12, comma 2, lettera c)**8.1 Casi di esonero già stabiliti**

Il D.M. 2 agosto 2007 prevede la possibilità, per le persone che ne abbiano i requisiti, di essere definitivamente esonerate da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap. Il decreto ministeriale non elenca le patologie ma individua 12 situazioni, relative a condizioni patologiche, per cui è previsto l'esonero dalle visite di revisione per le persone riconosciute invalide al 100% con indennità di accompagnamento. Il decreto per ciascuna situazione indica la documentazione sanitaria, rilasciata da struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, idonea a comprovare, sulla base di criteri diagnostici e di valutazioni standardizzati e validati dalla comunità scientifica internazionale, la duratura compromissione. Le condizioni in cui può rientrare una persona affetta da sclerosi multipla sono previste ai punti 4, 8, 10 e 11 del decreto:

- 4) Perdita anatomica o funzionale bilaterale degli arti superiori e/o degli arti inferiori;
- 8) Patologie e sindromi neurologiche di origine centrale o periferica;
- 10) Patologie mentali dell'età evolutiva e adulta con gravi deficit neuropsichici e della vita di relazione¹⁶
- 11) Deficit totale della visione.

8.2 Casi di esonero nel tempo

La SM è una condizione esonerata da controlli nel tempo e dalle visite straordinarie.

9. EFFICACIA PROVVISORIA (Art. 12, comma 2, lettera l)

La Sclerosi multipla non rientra tra le patologie che danno il diritto di accedere alle prestazioni sociali, sociosanitarie e socioassistenziali anche prima della conclusione del procedimento valutativo di base, ad eccezione dei casi in cui la documentazione allegata, rilasciata da struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata accreditata dal SSN, riporta un EDSS ≥ 6 .

10. ACCERTAMENTO SULLA SOLA BASE DEGLI ATTI (Art. 12, comma 2, lettera m)

Si procede per tabulas, su richiesta dell'istante, solo se la documentazione, rilasciata da struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata accreditata dal SSN, attesti una marcata compromissione funzionale (esame neurologico, scala clinica EDSS ≥ 6 , esami neuroradiologici).

¹⁶ Fleming NH et al. 2024, Risk of dementia in older veterans with multiple sclerosis; Cho EB et al 2023, The risk of dementia in multiple sclerosis and neuromyelitis optica spectrum disorder.



11. INDIVIDUAZIONE DEI LIVELLI DI SOSTEGNO AI SENSI DELLA LEGGE 104/1992, ART. 3 (Art. 12, comma 2, lettera i)

Il sostegno si attua con attività anche intervallate da momenti di attesa qualificabili come assistenza passiva.

Il sostegno intensivo è caratterizzato dalla necessità di un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale. L'intervento è:

- permanente quando la sua durata si protrae nel tempo;
- continuativo quando è costante o con frequenza ricorrente;
- globale quando è strumentale allo svolgimento della vita quotidiana, dell'apprendimento, del lavoro e della vita di relazione.

Pertanto, il sostegno intensivo (elevato o molto elevato) viene riconosciuto alla persona con diagnosi di SM e punteggio EDSS ≥ 5 o punteggio complessivo WHODAS 2.0 a 36 items ≥ 40 .

Nei casi rimanenti viene riconosciuto il sostegno lieve o medio, alla persona con diagnosi di SM e punteggio EDSS compreso tra 1 e 5 e punteggio WHODAS 2.0 a 36 items < 40 .

L'UVB, nel caso di incompatibilità tra le scale disponibili, può richiedere l'integrazione documentale.

Tabella 8. Definizione dei livelli di sostegno in relazione alla condizione personale e ai potenziali fattori ambientali.

COMPROMISSIONE Funzioni e/o Strutturali	FATTORI AMBIENTALI	PARTECIPAZIONE	LIVELLO DI SOSTEGNO	Fasce
DURATURA E SIGNIFICATIVA	Barriere ambientali che potrebbero limitare lo svolgimento dell'attività o restringere la partecipazione.	Rischio potenziale di restrizione della partecipazione tale da richiedere assistenza	LIEVE	1
			MEDIO	2
		Rischio potenziale di restrizione della partecipazione tale da richiedere assistenza permanente, continua e globale.	ELEVATO	3
			MOLTO ELEVATO	4

Si discrimina tra sostegno intensivo elevato e molto elevato oppure tra sostegno lieve e sostegno medio in ragione della frequenza e dell'intensità del sostegno.

12. CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (Art. 12, comma 2, lettera g)

I criteri per valutare la condizione di non autosufficienza, ai fini della valutazione di base e in coerenza con il D.lgs 29/2024, sono le disabilità pregresse, le gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e il funzionamento bio-psico-sociale, anche in relazione all'età anagrafica.

È ritenuto sufficiente per il riconoscimento della non autosufficienza il possesso di almeno una delle due condizioni riportate di seguito:

1. titolarità dell'indennità di accompagnamento;
2. necessità di intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale e di relazione (con art. 3, comma 3, legge n. 104/1992).

Chi è già stato riconosciuto non autosufficiente prima dell'avvio della sperimentazione (per esempio, dalle pregresse Unità di Valutazione Multidimensionale dei territori), mantiene tale riconoscimento.



13. MODALITÀ PER RICONDURRE L'ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ IN ETÀ ADULTA AI FINI DELL'INSERIMENTO LAVORATIVO E DELLA FORMAZIONE SUPERIORE DI CUI ALL'ARTICOLO 5 DEL D.LGS. 66/2017 (Art. 12, comma 2, lettera h)

Ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lett. f), del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 l'unità di valutazione di base effettua l'accertamento della condizione di disabilità ai fini dell'inclusione lavorativa per gli effetti della legge 12 marzo 1999, n. 68, secondo quanto già previsto dal decreto del Presidente del consiglio dei ministri del 13 gennaio 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 22 febbraio 2000, n. 43.

14. MODALITÀ PER RICONDURRE L'ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA AI FINI SCOLASTICI (Art. 12, comma 3)

La UVB, tenuto conto delle evidenze del procedimento, **si esprime in merito al riconoscimento o meno della condizione di disabilità ai fini dell'inclusione scolastica** ai sensi dell'articolo 5, comma 6 del D.Lgs 66/2017, nonché del Decreto 14 settembre 2022 del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Istruzione, del Ministro dell'Economia e delle Finanze, del Ministro per gli Affari Generali e le Autonomie e del Ministro per le disabilità.



SCHEDA TECNICA 1 - CODIFICA IN ICF DELL'INDICE DI BARTHEL

Si fa riferimento all'Indice di Barthel validato in italiano (*Galeoto et al. The Barthel Index: Italian Translation, Adaptation and Validatio. Int J Neurol Neurother 2015, 2:2*).

Si tiene conto dell'articolo scientifico *Prodingner et al. Establishing score equivalence of the Functional independence measure motor scale and the Barthel index, utilizing the International classification of functioning, disability and health and Rasch measurement theory. J Rehabil Med 2017; 49: 416–422*.

Si fa ricorso alla versione ICF aggiornata al 2018, predisposta dal Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali, come pubblicata su Portale italiano delle classificazioni sanitarie.

Poiché la valutazione è in generale fatta in ambiente standard, come può essere considerato un ambulatorio medico, il qualificatore ICF di capacità considerato è "capacità senza assistenza" (secondo qualificatore).

Qualificatore ICF per Attività e Partecipazione usato per la codifica: si usa il secondo qualificatore per Attività e partecipazione, **capacità senza assistenza** (abilità nello svolgimento di un'attività in ambiente standard), con scala negativa:

xxx.0	NESSUNA difficoltà	(assente, trascurabile,...)	0-4%
xxx.1	difficoltà LIEVE	(leggera, minima,...)	5-24%
xxx.2	difficoltà MODERATA	(media, discreta, modesta,...)	25-49%
xxx.3	difficoltà GRAVE	(notevole, estrema,...)	50-95%
xxx.4	difficoltà COMPLETA	(totale,...)	96-100%

Qualificatore ICF Per indicare l'estensione o la grandezza di una compromissione funzionale/strutturale si usa un qualificatore generico con scala negativa:

xxx.0	NESSUNA compromissione	(assente, trascurabile,...)	0-4%
xxx.1	compromissione LIEVE	(leggera, minima,...)	5-24%
xxx.2	compromissione MODERATA	(media, discreta, modesta,...)	25-49%
xxx.3	compromissione GRAVE	(notevole, estrema,...)	50-95%
xxx.4	compromissione COMPLETA	(totale,...)	96-100%

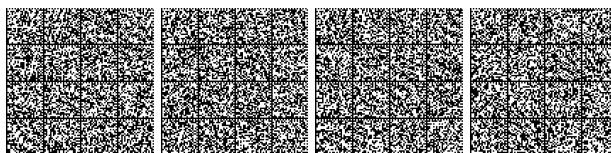


Tabella X. Codifica in ICF dell'Indice di Barthel

Item Indice di Barthel	Codice ICF	Punteggio Indice di Barthel	Qualificatore generico di estensione di compromissione funzionale (per le Funzioni del corpo umano)	Valore del qualificatore ICF di capacità senza assistenza (secondo qualificatore) in ambiente standard	Codifica ICF possibile
ALIMENTAZIONE	d550 Mangiare Svolgere i compiti e le azioni coordinate del mangiare cibo che è stato servito, portarlo alla bocca e consumarlo in modi culturalmente accettabili, tagliare o spezzare il cibo in pezzi, aprire contenitori e confezioni, usare posate, consumare i pasti, banchettare. (d560 Bere) Prendere una bevanda, portarla alla bocca e berla in modi culturalmente accettabili, mescolare e versare liquidi da bere, aprire bottiglie e lattine, bere con una cannuccia o bere acqua da un rubinetto o prendere latte dal seno.)	0 = non in grado di alimentarsi	Non pertinente	4	d550_4 d560_4
		5 = ha bisogno di assistenza (tagliare la carne, ecc.) oppure necessita di una dieta modificata (dieta semisolida – liquida) o alimentazione artificiale (PEG, ecc.)		diverso da 0 e da 4	d550_2 Oppure d550_3 d560_2 oppure d560_3
		10 = in grado di alimentarsi		0	d550_0 d560_0
CAPACITA' DI FARSI IL	d510 Lavarsi	0 = non in grado di lavarsi autonomamente	Non pertinente	4	d510_4



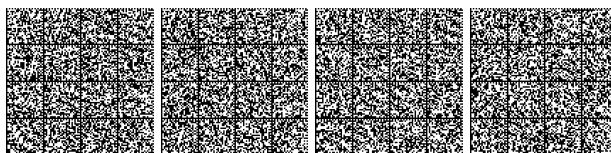
Item Indice di Barthel	Codice ICF	Punteggio Indice di Barthel	Qualificatore generico di estensione di compmissione funzionale (per le Funzioni del corpo umano)	Valore del qualificatore ICF di capacità senza assistenza (secondo qualificatore) in ambiente standard	Codifica ICF possibile
BAGNO O LA DOCCIA	Lavare e asciugare il proprio corpo, o parti di esso, usare acqua e appropriati prodotti o metodi di pulizia e asciugatura, come farsi il bagno, farsi la doccia, lavarsi le mani e i piedi, il viso e i capelli, e asciugarsi con un asciugamano.	5 = in grado di lavarsi autonomamente		0	d510._0
CURA DELL'ASPETTO ESTERIORE	d520 Prendersi cura di singole parWdel corpo Avere cura di quelle parti del corpo, come la pelle, viso, i denti, il cuoio capelluto, le unghie e i genitali, che richiedono altre cure oltre il lavaggio e l'asciugatura.	0 = ha bisogno di assistenza nella cura personale 5 = in grado di lavarsi la faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi	Non pertinente	3 o 4 0	d530_3 oppure d530_4 d520_0
CAPACITA' DI VESTIRSI	d540 VesWsi Svolgere le azioni e i compiti coordinati dell'indossare e togliersi vestiti e calzature in sequenza e in base alle condizioni climatiche e sociali, come indossare, sistemarsi e togliersi camicie, gonne, camicette, pantaloni, biancheria intima, sari, kimoni, calze o collant, cappelli, guanti, cappotti, scarpe, stivali, sandali e diabatte.	0 = non in grado di vestirsi autonomamente 5 = ha bisogno di assistenza, ma è in grado di vestirsi parzialmente in autonomia	Non pertinente	4 diverso da 0, 3 e 4	d540._4 d540._1 oppure d540._2



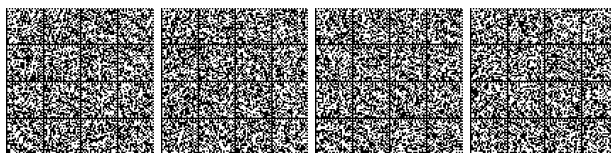
Item Indice di Barthel	Codice ICF	Punteggio Indice di Barthel	Qualificatore generico di estensione di compromissione funzionale (per le Funzioni del corpo umano)	Valore del qualificatore ICF di capacità senza assistenza (secondo qualificatore) in ambiente standard	Codifica ICF possibile
		10 = in grado di vestirsi autonomamente (bottoni, cerniere lampo, lacci, ecc.)		0	d540._0
TRANSITO INTESTINALE	b525 Funzioni di defecazione Funzioni di eliminazione delle scorie e dei cibi non digeriti sotto forma di feci e funzioni correlate.	0 = non in grado di controllare l'alvo	b525.4	Non pertinente	Non pertinente
		5 = occasionalmente non in grado di controllare l'alvo	b525.1 Oppure b525.2		
		10 = in grado di controllare l'alvo	b525.0		
VESCICA	b620 Funzioni relative alla minzione Funzioni relative all'eliminazione dell'urina dalla vescica.	0 = non in grado di controllare la minzione	b620.4	Non pertinente	Non pertinente
		5 = occasionalmente non in grado di controllare la minzione	b620.1 oppure b620.2		
		10 = in grado di controllare la minzione	b620.0		



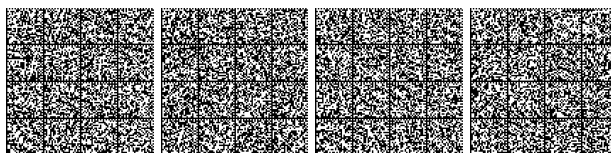
Item Indice di Barthel	Codice ICF	Punteggio Indice di Barthel	Qualificatore generico di estensione di compromissione funzionale (per le Funzioni del corpo umano)	Valore del qualificatore ICF di capacità senza assistenza (secondo qualificatore) in ambiente standard	Codifica ICF possibile
UTILIZZO DEL WC (SEDESI E ALZARSI, PULIRSI, RIVESTIRSI)	d530 Andare in bagno Pianificare ed espletare l'eliminazione di rifiuti organici umani (mestruazioni, urina e feci) e poi pulirsi.	0 = non in grado di utilizzare il wc	Non pertinente	4	
		5 = in grado di utilizzare il wc con assistenza		da 1 a 3	d530._1 oppure d530._2 oppure d530.03
		10 = in grado di utilizzare il wc autonomamente		0	d530._0
TRASFERIMENTI (DALLA POSIZIONE SEDUTA SUL LETTO ALLA SEDIA E VICEVERSA)	d410 Cambiare posizione corporea Assumere e abbandonare una posizione corporea e spostarsi da un posto a un altro, come alzarsi da una sedia per sdraiarsi sul letto, e assumere e abbandonare una posizione seduta, eretta, inginocchiata o accovacciata.	0 = non in grado di effettuare i trasferimenti	Non pertinente	4	
		5 = è in grado di stare seduto, ma necessita di massima assistenza nei trasferimenti		3 oppure 2	



Item Indice di Barthel	Codice ICF	Punteggio Indice di Barthel	Qualificatore generico di estensione di compromissione funzionale (per le Funzioni del corpo umano)	Valore del qualificatore ICF di capacità senza assistenza (secondo qualificatore) in ambiente standard	Codifica ICF possibile
		10 = è in grado di stare seduto, ma necessita di minima assistenza (verbale o fisico)		1	
		15 = è in grado di effettuare trasferimenti		0	
MOBILITA' (SU SUPERFICI PIANE)	d450 Camminare Muoversi su una superficie a piedi, passo dopo passo, in modo che un piede tocchi sempre il suolo, come quando si passeggia, si gironzola, si cammina in avanti, indietro o di lato. d465 Spostarsi usando strumentiWe a) rezzature Spostare tutto il corpo da un posto a un altro, su qualsiasi superficie o spazio, usando specifici strumenti e attrezzature progettati per facilitare gli spostamenti, come con i pattini, gli sci, o attrezzatura per immersioni subacquee o spostarsi	0 = non in grado di spostarsi per più di 50 metri	Non pertinente	4 (per entrambe le attività)	d450._4
		5 = in grado di spostarsi su sedia a rotelle, anche su		4 per d450	d465._0



Item Indice di Barthel	Codice ICF	Punteggio Indice di Barthel	Qualificatore generico di estensione di compromissione funzionale (per le Funzioni del corpo umano)	Valore del qualificatore ICF di capacità senza assistenza (secondo qualificatore) in ambiente standard	Codifica ICF possibile
	per strada con una carrozzina ad autospinta o con un deambulatore.	percorsi non rettilinei, per più di 50 metri		0 per d465	d450._4 oppure d450._3
		10 = in grado di deambulare per più di 50 metri con l'assistenza (verbale o fisica) di una persona		2 oppure 3	
		15 = in grado di deambulare (anche con ausili) per più di 50 metri		2	d450.02
				oppure 3	oppure d450.03



Item Indice di Barthel	Codice ICF	Punteggio Indice di Barthel	Qualificatore generico di estensione di compromissione funzionale (per le Funzioni del corpo umano)	Valore del qualificatore ICF di capacità senza assistenza (secondo qualificatore) in ambiente standard	Codifica ICF possibile
SCALE	d451 Salire e scendere Spostarsi verso l'alto o verso il basso in modo che almeno un piede sia sempre appoggiato al suolo come salire o scendere le scale o i marciapiedi.				
		0 = non in grado di salire e scendere le scale	Non pertinente	4	d451._4
		5 = in grado di salire e scendere le scale con assistenza		1 oppure 2 oppure 3	d451.01 oppure d451.02 oppure d451.03
		10 = in grado di salire e scendere le scale autonomamente		0	d451.00
Fa\ ori ambientali perWhenWcon i punteggi Indice di Barthel		Valore del qualificatore ICF Facilitatore			
e115 Prodotti e tecnologia per uso personale e quotidiano		Qualificatore Facilitatore da +1 a +4			
e120 Prodotti e tecnologia per la mobilità e il trasporto personali al chiuso e all'aperto					



Assistenza e310 Nucleo familiare e315 Famiglia estesa e340 Persone che forniscono assistenza alla persona e assistenti personali	Qualificatore facilitatore da +1 a +4 per la/le specifica/che figura/e di assistenza
---	--



SCHEDA TECNICA 2 – CODIFICA IN ICF DELLA SCALA DELLE ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL)¹

La Scala delle attività strumentali della vita quotidiana (Instrumental Activities of Daily Living Scale, IADL) valuta l'abilità di una persona a svolgere azioni e compiti quotidiani attraverso 31 items in 8 diversi domini. Si fa riferimento all'articolo scientifico *Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t06803-000>*

Per le finalità di questo allegato è stata ricostruita una versione in italiano tenendo conto di alcune diverse traduzioni della scala. In ogni caso, al di là della versione usata in italiano, lo score per dominio non cambia nelle diverse traduzioni.

Si fa ricorso alla versione ICF aggiornata al 2018, predisposta dal Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali, come pubblicata su Portale italiano delle classificazioni sanitarie.

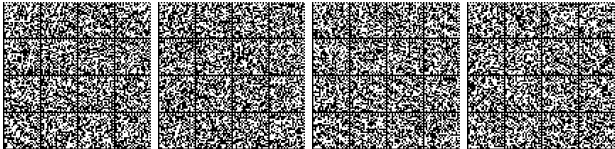
Poiché la valutazione è in generale fatta in ambiente standard, come può essere considerato un ambulatorio medico, il qualificatore ICF di capacità considerato è "capacità senza assistenza" (secondo qualificatore).

Il valore del qualificatore ICF capacità senza assistenza è attribuito tenendo conto di quanto previsto dalla scala, anche se non sempre è possibile utilizzare tutti i gradi previsti da ICF.

Attività strumentali della vita quotidiana	Score Scala IADL ²	Codice ICF	Valore del qualificatore ICF capacità senza assistenza (secondo qualificatore)	Codifica ICF
(Capacità di) Usare il telefono				
[1] Usa il telefono di propria iniziativa (cerca il numero e lo compone)	1	d360 Usare dispositivi e tecniche di comunicazione Usare dispositivi, tecniche e altri mezzi per comunicare, come telefonare a un amico. Inclusioni: usare dispositivi di telecomunicazione, dispositivi per scrivere e tecniche di comunicazione	0	d360._0
[2] Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	1		2	d320._2
[3] Risponde ma non è capace di comporre il numero / E' in grado di rispondere al telefono, ma non compone i numeri	1		3	d360._3
[4] Non risponde al telefono / Non è capace di usare il telefono	0		4	d360._4
Fare Acquisti / Fare la spesa				

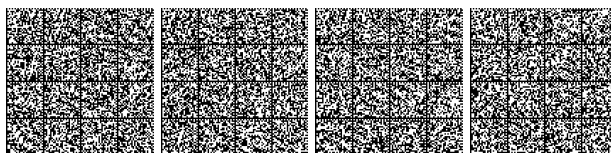
¹ Lawton M.P. e Brody E.M., Gerontologist, 9:179-186, 1969

² Il punteggio complessivo va da 0 (dipendenza, basso funzionamento) a 8 (indipendente, alto funzionamento) per le femmine e da 0 a 5 per i maschi and 0 through 5 for men per evitare potenziali bias di genere.



[1] Fa tutte le proprie spese senza aiuto	1	d620 Acquisire beni e servizi	0	d620_0
2] Fa piccoli acquisti senza aiuto	0	Sciegliere, procurarsi e trasportare i beni e i servizi necessari per la vita quotidiana, come scegliere, procurarsi, trasportare e riporre cibo, bevande, abbigliamento, materiali per la pulizia, combustibile, articoli per la casa, utensili, pentolame, materiali per il gioco e il tempo libero, elettrodomestici e attrezzi domestici; attivare le utenze domestiche e altri servizi per la casa, ritirare e spedire posta o pacchi.	1	d620_1
3] Ha bisogno di essere accompagnato	0		3	d620_3
[4] Completamente incapace di fare acquisti	0		4	d620_4
Preparazione del cibo / Preparare il cibo				
[1] Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	1	d630 Preparare i pasti	0	d630_0
[2] Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti	0	Pianificare, organizzare, cucinare e servire pasti semplici e complessi per sé stessi e per gli altri, come preparare un menu, scegliere cibo e bevande, mettere insieme gli ingredienti per preparare i pasti, cucinare usando una fonte di calore e preparare cibi e bevande freddi, e servire il cibo.	1	d630_1
[3] Scalda o serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata	0		2	d630_2
[4] Ha bisogno di avere cibi preparati e servizi	0	d570 Prendersi cura della propria salute (d5701 Gestire la dieta e la forma fisica Prendersi cura di sé stessi in modo consapevole selezionando e consumando cibi nutrienti e mantenendosi in forma)	4	d630_4
Governo della casa				
[1] Mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza (per esempio aiuto per i lavori pesanti)	1	d640 Fare i lavori di casa	0	d640_0
[2] Esegue compiti quotidiani leggeri come lavare i piatti, rifare il letto	1	Occuparsi della casa pulendo, lavando i vestiti, usando gli elettrodomestici, riponendo il cibo e smaltendo la spazzatura, come quando si scopia, si passa lo straccio, si lavano i piani di lavoro, le pareti o altre superfici; si raccoglie e si smaltisce la spazzatura; si riordinano le stanze, gli armadi e i cassetti; si raccolgono, lavano, asciugano, ripiegano e stirano i vestiti; si puliscono le scarpe; si usano scope, spazzole e aspirapolveri; si usano lavatrici, asciugatrici e ferri da stiro.	1	d640_1
[3] Esegue compiti quotidiani leggeri, ma non mantiene un accettabile livello di pulizia della casa	1		2	d640_2
[4] Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa	1		3	d640_3
[5] Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	0		4	d640_4
Biancheria / Fare il bucato				
[1] Fa il bucato personalmente e completamente	1	d6400 Lavare e asciugare i vestiti è ricompreso in d640 Problemi in d6400 implicano problemi della categoria padre d640.	0	d6400_0
[2] Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	1		2	d6400_2
[3] Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0		4	d6400_4
(Modalità di uso dei) Mezzi trasporto				
[1] Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1	d470 Usare mezzi di trasporto	0	d470_0
2] Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	1	Usare mezzi di trasporto per spostarsi in qualità di passeggero, come essere trasportati su un'automobile, un autobus, un risciò, un minibus, un passeggero, una carrozzina, un veicolo a trazione	0	d475_0
				d470_0

[3] Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato [4] Può spostarsi solo con taxi o auto e con assistenza [5] Non si sposta per niente	1	animale, o su taxi, autobus, treno, tram, metropolitana, imbarcazione o aeroplano pubblici o privati, e usare persone come mezzo di trasporto. d475 Essere alla guida di un mezzo di trasporto Avere il comando di e far muovere un veicolo o l'animale che lo tira, viaggiare avendo il comando del mezzo o avere i comandi di qualsiasi tipo di mezzo di trasporto adatto all'età, come un'automobile, una bicicletta, una barca o veicoli a trazione animale.	2	d470._2
	0		3	d470._3
	0		4	d470._4
Assunzione farmaci				
[1] Prende le medicine che gli sono state prescritte [2] Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate [3] Non è in grado di prendere le medicine da solo	1	d570 Prendersi cura della propria salute Assicurarsi comfort fisico, salute e benessere fisico e mentale, come seguire una dieta bilanciata, mantenere un livello adeguato di attività fisica, tenersi al caldo o al fresco, evitare ciò che è pericoloso per la propria salute, adottare pratiche sessuali sicure, compreso l'uso di preservativi, farsi vaccinare e sottoporsi a visite mediche con regolarità.	0	d570._0
	0		2	d570._2
	0		4	d570._4
Capacità di maneggiare il denaro / Uso del denaro				
[1] Maneggia le proprie finanze in modo indipendente [2] E' in grado di fare piccoli acquisti [3] E' incapace di maneggiare i soldi	1	d860 (Effettuare) Transazioni economiche semplici Effettuare qualsiasi tipo di transazione economica semplice, come usare denaro per comprare cibo o usare il baratto, scambiare beni o servizi o risparmiare denaro.	0	d860._0
	0		2	d860._2
	0		4	d860._4



NOTE

AVVERTENZA:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto dall'Amministrazione competente per materia, ai sensi dell'articolo 10, comma 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note alle premesse.

— Si riporta il testo dell'articolo 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, recante: «Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 214 del 12 settembre 1988:

«Art. 17 (Regolamenti). — 1. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, sentito il parere del Consiglio di Stato che deve pronunciarsi entro novanta giorni dalla richiesta, possono essere emanati regolamenti per disciplinare:

a) l'esecuzione delle leggi e dei decreti legislativi nonché dei regolamenti comunitari;

b) l'attuazione e l'integrazione delle leggi e dei decreti legislativi recanti norme di principio, esclusi quelli relativi a materie riservate alla competenza regionale;

c) le materie in cui manchi la disciplina da parte di leggi o di atti aventi forza di legge, sempre che non si tratti di materie comunque riservate alla legge;

d) l'organizzazione ed il funzionamento delle amministrazioni pubbliche secondo le disposizioni dettate dalla legge;

e).

2. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, sentito il Consiglio di Stato e previo parere delle Commissioni parlamentari competenti in materia, che si pronunciano entro trenta giorni dalla richiesta, sono emanati i regolamenti per la disciplina delle materie, non coperte da riserva assoluta di legge prevista dalla Costituzione, per le quali le leggi della Repubblica, autorizzando l'esercizio della potestà regolamentare del Governo, determinano le norme generali regolatrici della materia e dispongono l'abrogazione delle norme vigenti, con effetto dall'entrata in vigore delle norme regolamentari.

3. Con decreto ministeriale possono essere adottati regolamenti nelle materie di competenza del ministro o di autorità sottordinate al ministro, quando la legge espressamente conferisca tale potere.

Tali regolamenti, per materie di competenza di più ministri, possono essere adottati con decreti interministeriali, ferma restando la necessità di apposita autorizzazione da parte della legge. I regolamenti ministeriali ed interministeriali non possono dettare norme contrarie a quelle dei regolamenti emanati dal Governo. Essi debbono essere comunicati al Presidente del Consiglio dei ministri prima della loro emanazione.

4. I regolamenti di cui al comma 1 ed i regolamenti ministeriali ed interministeriali, che devono recare la denominazione di "regolamento", sono adottati previo parere del Consiglio di Stato, sottoposti al visto ed alla registrazione della Corte dei conti e pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale*.

4-bis. L'organizzazione e la disciplina degli uffici dei Ministeri sono determinate, con regolamenti emanati ai sensi del comma 2, su proposta del Ministro competente d'intesa con il Presidente del Consiglio dei ministri e con il Ministro del tesoro, nel rispetto dei principi posti dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, con i contenuti e con l'osservanza dei criteri che seguono:

a) riordino degli uffici di diretta collaborazione con i Ministri ed i Sottosegretari di Stato, stabilendo che tali uffici hanno esclusive competenze di supporto dell'organo di direzione politica e di raccordo tra questo e l'amministrazione;

b) individuazione degli uffici di livello dirigenziale generale, centrali e periferici, mediante diversificazione tra strutture con funzioni finali e con funzioni strumentali e loro organizzazione per funzioni omogenee e secondo criteri di flessibilità eliminando le duplicazioni funzionali;

c) previsione di strumenti di verifica periodica dell'organizzazione e dei risultati;

d) indicazione e revisione periodica della consistenza delle piante organiche;

e) previsione di decreti ministeriali di natura non regolamentare per la definizione dei compiti delle unità dirigenziali nell'ambito degli uffici dirigenziali generali.

4-ter. Con regolamenti da emanare ai sensi del comma 1 del presente articolo, si provvede al periodico riordino delle disposizioni regolamentari vigenti, alla ricognizione di quelle che sono state oggetto di abrogazione implicita e all'espressa abrogazione di quelle che hanno esaurito la loro funzione o sono prive di effettivo contenuto normativo o sono comunque obsolete.».

— Il decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509, recante: «Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, della legge 26 luglio 1988, n. 291» è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 278 del 26 novembre 1988.

— Il decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66, recante: «Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera c), della legge 13 luglio 2015, n. 107» è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 112 del 16 maggio 2017.

— La legge 22 dicembre 2021, n. 227 recante «Delega al Governo in materia di disabilità» è pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 309 del 30 dicembre 2021.

— Si riporta il testo dell'articolo 12 del decreto legislativo 3 maggio 2024 n. 62 recante: «Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato» pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 111 del 14 maggio 2024:

«Art. 12 (Aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento e di valutazione di base, a seguito dell'adozione delle classificazioni ICD e ICF). — 1. Nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 117 della Costituzione e in coerenza con quanto stabilito dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, con regolamento del Ministro della salute, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentito il Ministro dell'istruzione e del merito, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentito l'INPS, da adottare entro il 30 novembre 2026, si provvede, sulla base delle classificazioni ICD e ICF e in conformità con la definizione di disabilità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a), all'aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento dell'invalidità civile, della cecità civile, della sordità civile e della sordocecità civile previsti dal decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 47 del 26 febbraio 1992.

2. Ai fini di cui all'articolo 5, con il decreto di cui al comma 1, sono individuati, tenendo conto delle differenze di sesso e di età:

a) i criteri per accertare l'esistenza e la significatività delle compromissioni delle strutture e delle funzioni corporee in base all'ICF, tenendo conto dell'ICD;

b) i criteri per accertare se le compromissioni sono di lunga durata;

c) fermi restando i casi di esonero già stabiliti dalla normativa vigente, l'elenco delle particolari condizioni patologiche, non reversibili, per le quali sono esclusi i controlli nel tempo;

d) i criteri per stabilire gli eccezionali casi nei quali la revisione della condizione di disabilità è ammessa al termine della scadenza indicata nel certificato di cui all'articolo 6, comma 7, di regola dopo due anni e secondo procedimenti semplificati fondati anche sull'impiego della telemedicina o sull'accertamento agli atti;

e) le tabelle che portano ad individuare, ai soli fini dell'articolo 5, comma 1, lettere a), una percentuale correlata alle limitazioni nel funzionamento determinate dalla durata compromissione;

f) i criteri, secondo l'ICF, per l'individuazione del profilo di funzionamento limitatamente ai domini di cui all'articolo 10, comma 1, lettera d);



g) i criteri per la definizione della condizione di non autosufficienza, fermo restando quanto previsto dall'articolo 5, comma 2;

h) il complesso di codici ICF con cui verificare in che misura le compromissioni strutturali e funzionali ostacolano, in termini di capacità, l'attività e la partecipazione, inclusi i domini relativi al lavoro e alla formazione superiore per gli adulti e all'apprendimento, anche scolastico, per i minori;

i) un sistema delineato per fasce, volto ad individuare l'intensità di sostegno e di sostegno intensivo, differenziandoli tra i livelli di lieve, media, elevata e molto elevata intensità;

l) i criteri per individuare le compromissioni funzionali per le quali riconoscere l'efficacia provvisoria alle certificazioni mediche di cui all'articolo 7;

m) gli eccezionali casi in cui il richiedente può chiedere l'accertamento sulla sola base degli atti.

3. Con il medesimo decreto di cui al comma 1, in relazione a quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, lettera e), sono stabilite le modalità per ricondurre l'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini scolastici di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66, all'interno del procedimento per la valutazione di base.».

— Si riporta il testo dell'articolo 9 del decreto-legge 31 maggio 2024, n. 71, recante: «Disposizioni urgenti in materia di sport, di sostegno didattico agli alunni con disabilità, per il regolare avvio dell'anno scolastico 2024/2025 e in materia di università e ricerca», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 31 maggio 2024, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 106:

«Art. 9 (Disposizioni urgenti in materia di tutela dei diritti delle persone con disabilità e di formazione dei docenti referenti per il sostegno). — 1. Al fine di assicurare il completamento entro il 31 dicembre 2024 della formazione dei soggetti indicati nella tabella di cui all'allegato B al presente decreto, coinvolti nella predisposizione, organizzazione e attuazione dei procedimenti di valutazione di base, di valutazione multidimensionale e di redazione dei progetti di vita di cui ai Capi II e III del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, ivi inclusi i docenti referenti per il sostegno, sono di seguito individuati i territori, a livello provinciale, in cui avviare le attività di sperimentazione disciplinate dall'articolo 33, commi 1 e 2, del medesimo decreto:

- a) Brescia;
- b) Catanzaro;
- c) Firenze;
- d) Forlì-Cesena;
- e) Frosinone;
- f) Perugia;
- g) Salerno;
- h) Sassari;
- i) Trieste.

2. La Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche in favore delle persone con disabilità, di seguito denominato «Dipartimento», nell'ambito del limite di spesa di cui al comma 7, svolge le attività di cui al comma 1:

a) avvalendosi di esperti, scelti tra personalità della scienza, del mondo universitario, delle associazioni del Terzo settore operanti in favore delle persone con disabilità o, comunque, tra esperti di disabilità, nominati dal Presidente del Consiglio dei ministri o dall'Autorità politica delegata in materia di disabilità ai sensi dell'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 303, nel numero massimo di trenta, di cui cinque designati d'intesa con il Ministro della salute e cinque d'intesa con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali. Il predetto contingente è aggiuntivo rispetto a quello previsto dall'articolo 9, comma 5, del citato decreto legislativo n. 303 del 1999;

b) avvalendosi dell'associazione Fornez PA - Centro servizi, assistenza, studi e formazione per l'ammodernamento delle P.A., in qualità di società *in house* della predetta Presidenza ai sensi dell'articolo 7, comma 2, del codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36;

c) stipulando protocolli di intesa e convenzioni con le amministrazioni, gli enti e le associazioni destinatari delle attività formative.

2-bis. All'attuazione delle disposizioni del comma 2, lettere b) e c), si provvede nel limite di spesa di 3 milioni di euro per l'anno 2024.

3. Gli incarichi di cui al comma 2, lettera a), cessano il 31 dicembre 2024. Con il regolamento di cui all'articolo 32, comma 1, del

decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, sono disciplinate le attività formative nei territori non oggetto della sperimentazione di cui al comma 1 del presente articolo e possono essere prorogati non oltre il 31 dicembre 2025 gli incarichi di cui al primo periodo del presente comma, anche rideterminando la misura dei compensi per i medesimi incarichi prevista dal comma 4, a valere sulle risorse del fondo di cui al citato articolo 32, comma 3, del decreto legislativo n. 62 del 2024. Nell'ambito del numero massimo di esperti di cui al comma 2, lettera a), possono essere conferiti incarichi a titolo gratuito.

4. Gli incarichi di cui al comma 3, primo periodo, sono retribuiti in misura proporzionata agli obiettivi assegnati, avuto riguardo ai titoli posseduti, alla specifica formazione ed esperienza professionale e, comunque, nel limite massimo individuale di 20.000 euro e complessivo di 600.000 euro per l'anno 2024 al lordo dei contributi previdenziali e degli oneri fiscali a carico dell'Amministrazione. Agli esperti è riconosciuto il rimborso delle spese di missione effettivamente sostenute nell'espletamento dell'incarico secondo quanto previsto per il personale dirigenziale della Presidenza del Consiglio dei ministri. I rimborsi sono soggetti al limite di spesa complessivo, tra tutti gli incarichi conferiti, di 120.000 euro per l'anno 2024.

Agli incarichi non si applica il limite di cui all'articolo 14 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89.

5. Nelle more dell'adozione del decreto previsto dall'articolo 32, comma 1, del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, con riferimento alle attività formative relative all'anno 2024, il Dipartimento, d'intesa con il Ministero della salute e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avvalendosi degli esperti, della società o delle convenzioni e dei protocolli di cui al comma 2:

- a) redige il syllabo delle attività formative e definisce i relativi obiettivi di apprendimento e contenuti;
- b) eroga la formazione;
- c) individua i materiali formativi da predisporre e diffondere;
- d) definisce il cronoprogramma delle attività formative;
- e) individua i destinatari delle attività formative tra chi cura i procedimenti di cui al comma 1 e, comunque, nel numero massimo di 2.500 unità;
- f) realizza una piattaforma informatica a supporto delle attività formative.

5-bis. All'attuazione delle disposizioni del comma 5 si provvede nel limite di spesa di 820.000 euro per l'anno 2024.

6. Per la partecipazione alle attività formative non sono previsti alcun compenso, indennità, emolumento, gettone né altre utilità comunque denominate. Le eventuali spese di viaggio, vitto e alloggio, sono rimborsate ai partecipanti alle attività formative secondo quanto previsto per il personale della Presidenza del Consiglio dei ministri, entro il limite di spesa di euro 1 milione per l'anno 2024.

7. Per l'attuazione delle disposizioni previste dai commi 2, 4, 5 e 6, è autorizzata la spesa pari a euro 5,54 milioni per l'anno 2024. Ai relativi oneri si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 32, comma 3, del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62.

7-bis. Nelle more dell'adozione del regolamento di cui all'articolo 12, comma 1, del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, al fine di consentire, dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2025, la sperimentazione di cui all'articolo 33 del citato decreto legislativo nei territori individuati dal comma 1 del presente articolo, con regolamento da adottare, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, di concerto con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sono stabiliti i criteri per l'accertamento della disabilità connessa ai disturbi dello spettro autistico, al diabete di tipo 2 e alla sclerosi multipla, tenendo conto delle differenze di sesso e di età e nel rispetto dei principi e criteri di cui al citato articolo 12 del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62.

7-ter. Al comma 1 dell'articolo 12 del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, le parole: «da adottare entro il 30 novembre 2024» sono sostituite dalle seguenti: «da adottare entro il 30 novembre 2025».

7-quater. Al decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 31, comma 2, dopo il primo periodo è inserito il seguente: «Nel periodo della sperimentazione di cui all'articolo 33, le risorse sono ripartite a livello nazionale, in proporzione alla popolazione residente»;



b) all'articolo 33:

1) al comma 3, le parole: «e i territori coinvolti» sono soppresse;

2) al comma 4, le parole: «ed i territori coinvolti nella procedura» sono sostituite dalle seguenti: «per la procedura».

— Si riporta il testo dell'articolo 19-*quater* del decreto-legge 27 dicembre 2024, n. 202, recante: «Disposizioni urgenti in materia di termini normativi», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 302 del 27 dicembre 2024, convertito con modificazioni dalla legge 21 febbraio 2025, n. 15:

«Art. 19-*quater* (Disposizioni concernenti termini in materia di disabilità). — 1. A decorrere dalla data del 30 settembre 2025, le attività di sperimentazione di cui all'articolo 33, commi 1 e 2, del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, attuate nel rispetto del regolamento adottato ai sensi dell'articolo 32 del medesimo decreto, si svolgono anche nei territori, a livello provinciale, di seguito individuati: a) Alessandria; b) Lecce; c) Genova; d) Isernia; e) Macerata; f) Matera; g) Palermo; h) Teramo; i) Vicenza; l) Provincia autonoma di Trento; m) Aosta.

2. Al decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 9, comma 1, le parole: «1° gennaio 2026» sono sostituite dalle seguenti: «1° gennaio 2027»;

b) all'articolo 12, comma 1, le parole: «30 novembre 2025» sono sostituite dalle seguenti: «30 novembre 2026»;

c) all'articolo 33, commi 1 e 2, le parole: «dodici mesi» sono sostituite dalle seguenti: «ventiquattro mesi».

d) all'articolo 35, ai commi 1, 2 e 3, le parole: «31 dicembre 2025», ovunque ricorrono, sono sostituite dalle seguenti: «31 dicembre 2026» e, al comma 4, le parole: «1° gennaio 2026», ovunque ricorrono, sono sostituite dalle seguenti: «1° gennaio 2027»;

e) all'articolo 39, comma 1, alinea, le parole: «1° gennaio 2026» sono sostituite dalle seguenti: «1° gennaio 2027»;

f) all'articolo 40, comma 2, le parole: «1° gennaio 2026» sono sostituite dalle seguenti: «1° gennaio 2027».

3. Nelle more dell'adozione del regolamento di cui all'articolo 12, comma 1, del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, e fermo restando quanto previsto dal regolamento di cui al comma 7-*bis* dell'articolo 9 del decreto-legge 31 maggio 2024, n. 71, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 106, nei territori individuati dal comma 1 del presente articolo, nonché nei territori individuati dall'articolo 9, comma 1, del citato decreto-legge n. 71 del 2024, con regolamento da adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per le disabilità e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sono stabiliti i criteri per l'accertamento della disabilità connessa all'artrite reumatoide, alle cardiopatie, alle broncopatie e alle malattie oncologiche, tenendo conto delle differenze di sesso e di età e nel rispetto dei principi e criteri di cui al citato articolo 12 del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62.

4. Al fine di garantire il supporto al Ministro per le disabilità e al Dipartimento per le politiche in favore delle persone con disabilità, sullo stato di attuazione della riforma in materia di disabilità, ivi compresa la fase sperimentale di cui al comma 1 del presente articolo, con connessa attività di affiancamento e assistenza ai territori coinvolti nell'attuazione della riforma, sull'attuazione del programma di azione triennale, di cui all'articolo 3 della legge 3 marzo 2009, n. 18, sull'attuazione della direttiva (UE) 2024/2841 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2024, che istituisce la carta europea della disabilità e il contrassegno europeo di parcheggio per le persone con disabilità, nonché sulla gestione dei rapporti con l'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità, l'operatività della Segreteria tecnica, quale struttura di missione ai sensi dell'articolo 7, comma 4, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 303, è fissata al 31 dicembre 2027. Per le finalità di cui al presente comma sono stanziati euro 900.000 per l'anno 2027, cui si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 178, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.».

Note all'art. 1:

— Per i riferimenti all'articolo 9 del decreto-legge 31 maggio 2024, n. 71 si vedano le note alle premesse.

— Si riporta il testo dell'articolo 33 del citato decreto legislativo 3 maggio 2024 n. 62:

«Art. 33 (Fase di sperimentazione). — 1. Dal 1° gennaio 2025, anche al fine di assicurare il progressivo aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento, è avviata una procedura di sperimentazione della durata di ventiquattro mesi, volta all'applicazione provvisoria e a campione, secondo il principio di differenziazione geografica tra Nord, Sud e centro Italia e di differenziazione di dimensioni territoriali, delle disposizioni relative alla valutazione di base disciplinata dal Capo II del presente decreto. All'attuazione del presente comma, per gli anni 2024 e 2025, si provvede con le risorse indicate dall'articolo 9, comma 7.

2. Dal 1° gennaio 2025 è avviata una procedura di sperimentazione della durata di ventiquattro mesi, volta all'applicazione provvisoria e a campione, secondo il principio di differenziazione geografica tra Nord, Sud e centro Italia e di differenziazione di dimensioni territoriali, delle disposizioni relative alla valutazione multidimensionale e al progetto di vita previste dal Capo III del presente decreto. Allo svolgimento delle attività di cui al presente comma sono destinate le risorse di cui all'articolo 31, comma 1, che sono integrative e aggiuntive rispetto alle risorse già destinate a legislazione vigente per sperimentare prestazioni e servizi personalizzati, che confluiscono nel budget di progetto di cui all'articolo 28.

3. Le modalità per la procedura di sperimentazione di cui al comma 1, nonché la verifica dei suoi esiti, sono stabiliti con regolamento da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro il 30 novembre 2024, su iniziativa del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentito l'INPS.

3-*bis*. Fino al 31 dicembre 2025, le visite di revisione delle prestazioni già riconosciute ai soggetti con patologie oncologiche sono eseguite ai sensi dell'articolo 29-*ter* del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 settembre 2020, n. 120, ferma restando la facoltà dell'istante di chiedere la visita diretta.

4. Le modalità per la procedura di sperimentazione di cui al comma 2, l'assegnazione delle risorse e il relativo monitoraggio sono stabiliti con regolamento da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro cinque mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su iniziativa dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità, di concerto con i Ministri della salute, del lavoro e delle politiche sociali, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

5. Alle istanze di accertamento della condizione di disabilità, presentate nei territori coinvolti dalla sperimentazione entro la data del 31 dicembre 2024, si applicano le previgenti disposizioni.».

— Per i riferimenti all'articolo 12 del decreto legislativo 3 maggio 2024 n. 62 si vedano le note alle premesse.

Note all'art. 2:

— Per i riferimenti all'articolo 9 del decreto-legge 31 maggio 2024, n. 71 si vedano le note alle premesse.

— Per i riferimenti all'articolo 12 del decreto legislativo 3 maggio 2024 n. 62 si vedano le note alle premesse.

— Si riporta il testo dell'articolo 11 del citato decreto legislativo 3 maggio 2024 n. 62:

«Art. 11 (Adozione della classificazione ICF ed ICD e loro aggiornamenti ai fini dello svolgimento della valutazione di base). — 1. A decorrere dal 1° gennaio 2025 nella valutazione di base è utilizzata la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), approvata dalla 54ª Assemblea mondiale della sanità il 22 maggio 2001, come modificata dagli aggiornamenti adottati dalla medesima Assemblea prima della data di entrata in vigore del presente decreto, nelle versioni linguistiche internazionalmente riconosciute secondo le modalità stabilite dall'Organizzazione mondiale della sanità. L'ICF è applicata congiuntamente alla versione adottata in Italia della



Classificazione internazionale delle malattie (ICD) dell'Organizzazione mondiale della sanità e di ogni altra eventuale scala di valutazione disponibile e consolidata nella letteratura scientifica e nella pratica clinica.

2. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze, del lavoro e delle politiche sociali e con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono disposte le modalità di applicazione degli aggiornamenti della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF).».

Note all'art. 3:

— Si riporta il testo dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 recante: «Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 39 del 17 febbraio 1992:

«Art. 3 (*Persona con disabilità avente diritto ai sostegni*). — 1. È persona con disabilità chi presenta durature compromissioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri, accertate all'esito della valutazione di base.

2. La persona con disabilità ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla necessità di sostegno o di sostegno intensivo, correlata ai domini della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità, individuata all'esito della valutazione di base, anche in relazione alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie. La necessità di sostegno può essere di livello lieve o medio, mentre il sostegno intensivo è sempre di livello elevato o molto elevato.

3. Qualora la compromissione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, il sostegno è intensivo e determina priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.

4. La presente legge si applica anche agli stranieri e agli apolidi, residenti, domiciliati o aventi stabile dimora nel territorio nazionale. Le relative prestazioni sono corrisposte nei limiti ed alle condizioni previste dalla vigente legislazione o da accordi internazionali.».

25G00098

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

DECRETO 24 giugno 2025.

Modifica del decreto di massima del 19 dicembre 2022 recante le caratteristiche di massima e le modalità di emissione dei titoli di Stato a medio e lungo termine, da emettere tramite asta, ai sensi dell'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 2003, n. 398.

IL DIRETTORE GENERALE DEL TESORO

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 2003, n. 398, recante il Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di debito pubblico e successive modifiche e integrazioni;

Visto il decreto ministeriale n. 115262 del 24 dicembre 2024, («decreto cornice» per l'anno finanziario 2025), emanato in attuazione dell'art. 3 del citato decreto del Presidente della Repubblica n. 398 del 2003;

Vista la determinazione n. 101204 del 23 novembre 2023, con la quale il direttore generale del Tesoro ha conferito a decorrere dal 1° gennaio 2024 la delega al dirigente generale capo della Direzione II in relazione alle attribuzioni in materia di debito pubblico, di cui al menzionato art. 3 del decreto del Presidente della Repubblica n. 398/2003, al fine di assicurare la continuità e la tempestività dell'azione amministrativa;

Visto il decreto n. 101633 del 19 dicembre 2022 (di seguito «decreto di massima»), successivamente modificato con i decreti del 20 dicembre 2023, del 15 novembre e 6 dicembre 2024, recante le caratteristiche di massima e le modalità di emissione dei titoli di Stato a medio e lungo termine, da emettere tramite asta, ai sensi dell'art. 3 del decreto del presidente della Repubblica 30 dicembre 2003, n. 398;

Visto il decreto 15 gennaio 2015 contenente norme per la trasparenza nel collocamento dei titoli di Stato (di seguito «decreto trasparenza»);

Ritenuto opportuno recepire le innovazioni procedurali ed operative a seguito dell'introduzione da parte della Banca d'Italia della nuova piattaforma denominata ISYDE per la gestione ed esecuzione delle aste dei titoli di Stato, nonché revisionare il testo nella parte relativa ai certificati del tesoro zero *coupon* (CTZ), per tener conto che tali titoli non sono più oggetto di nuove emissioni;

Decreta:

Art. 1.

L'art. 2 del decreto di massima è sostituito dal seguente:

«Le emissioni dei buoni del Tesoro poliennali (di seguito «BTP»), dei buoni del Tesoro poliennali indicizzati all'inflazione europea (di seguito «BTP€i») e dei certificati di credito del Tesoro con tasso d'interesse indicizzato al tasso Euribor a sei mesi (di seguito «CCTeu») sono disposte ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 del «Testo unico», nonché dei «decreti cornice» che, in ogni anno finanziario, consentono al Dipartimento del Tesoro di effettuare le operazioni finanziarie di cui al medesimo articolo.

Ai sensi del decreto ministeriale n. 96717 del 7 dicembre 2012, citato nelle premesse, i titoli la cui prima *tranche* è stata emessa successivamente al 1° gennaio 2013, sono soggetti alle clausole di azione collettiva di cui ai «Termini comuni di riferimento» allegati al decreto medesimo (allegato A).

In caso di emissione tramite asta, i titoli sono emessi senza indicazione di prezzo base di collocamento e vengono attribuiti con il sistema dell'asta marginale riferita al prezzo; il prezzo di aggiudicazione è il risultato della procedura di assegnazione di cui agli articoli 7, 8, 9, 10 e 11 del presente decreto.

