

ALLEGATO A

**DOMANDA PER L'AVVIO DELL'ITER DI VALUTAZIONE
PER LA CONCESSIONE DI UN FINANZIAMENTO DI PIANI INDIVIDUALI DI
ASSISTENZA FINALIZZATI ALL'ATTUAZIONE DELLA COMPONENTE SOCIALE IN
FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON DISABILITÀ GRAVISSIMA AI SENSI
DEL DECRETO INTERMINISTERIALE 26.09.2016**

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____

Prov. _____ il _____ Residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ Telefono _____

Cell. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

ovvero **in qualità di familiare/tutore/delegato di:**

Cognome _____ Nome _____

Prov. _____ il _____ Residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ Telefono _____

Cell. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

L'avvio dell'iter di valutazione per la concessione del finanziamento per l'attivazione di un Piano Individualizzato di Assistenza, finalizzato a favorire la permanenza del disabile gravissimo presso il proprio domicilio, promuovendo l'appropriatezza e l'efficacia delle cure domiciliari ad alta integrazione socio-sanitaria in un'ottica di supporto al nucleo familiare alleggerendone i compiti assistenziali.

Allega alla presente domanda

- Copia fronte/retro documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Copia verbale d'invalidità;
- Copia indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18 del 11.02.1980, o dichiarazione di non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n.159 del 2013;
- Certificazione del medico di base nel quale siano specificate tutte le patologie di cui è affetto il paziente;
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (All C);
- Copia certificazione di una struttura sanitaria pubblica attestante l'accertamento della patologia determinante la dipendenza vitale, così come del grado di non autosufficienza/gravità.
- Copia del Decreto di nomina di tutela/curatela/amministrazione di sostegno;
- Copia attestazione ISEE in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare *che i dati conferiti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dai Comuni del Distretto Roma 4.3, e/o trasferiti a terzi, per le sole finalità connesse alla procedura in argomento, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003*

Data _____

Firma _____

ALLEGATO B (che verrà compilato dalla U.V.M.D. in sede di valutazione socio sanitaria)

**AMBITO DISTRETTUALE ROMA 4.3
PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE**

Cognome _____
Nome _____
Luogo e data di nascita _____
Residenza _____
Domicilio (se diverso dalla residenza) _____
Recapiti _____
Recapiti Persona di riferimento (specificando residenza/domicilio) _____

Situazione sanitaria	

MMG _____	
Recapiti (telefono/email) _____	

Orari di ricevimento _____	
Rete dei servizi socio sanitari attivi	
Nome servizio _____	
Operatore di riferimento _____	
Recapiti (telefono/e-mail) _____	

Situazione Familiare (analisi qualitativa e quantitativa della rete familiare)

L'utente vive:

SOLO

CONVIVE CON LE SEGUENTI FIGURE (specificare grado di parentela e data di nascita):

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

presenza di rete amicale/vicinato/volontariato:

Note

Situazione assistenziale:

Presenza di un/a o più badante/i Indennità di accompagnamento

Situazione Abitativa (titolo di godimento, dislocazione nel territorio, ecc.....)

LIVELLO INTENSITA' ASSISTENZIALE ED EDUCATIVA:

ALTO MEDIO-ALTO MEDIO BASSO

Livello Alto. Persone non autosufficienti e/o non autonome nelle attività della vita quotidiana, a causa di limiti funzionali o di incapacità di finalizzazione che:
- vivono sole; - vivono con coniuge o familiari con compromissioni dell'autonomia; - non hanno familiari in grado di recare supporto adeguato nonché l'accudimento dovuto; hanno familiari impossibilitati a prestare assistenza; - incapacità economica di sostenere spese per servizi o supporti finalizzati allo svolgimento delle attività quotidiane di base e strumentali e/o per favorire le attività di socializzazione; - non sono in grado di curare il proprio ambiente di vita e/o esso presenta gravi carenze in termini di agibilità, sicurezza, igiene e ubicazione; - non usufruiscono di interventi continuativi da parte di reti di sostegno, a qualsiasi titolo attivate; - hanno familiari presenti in grado di prestare assistenza ma che hanno bisogno di essere supportati a causa dell'elevato carico assistenziale nonché in pregiudizio.

Livello Medio-Alto. 1) Persone con deterioramento cognitivo e fisico in progressione certa e inevitabile, per le quali è necessario l'aiuto di terzi nello svolgimento delle attività quotidiane della vita. 2) Persone prive di validi riferimenti familiari e reti sociali adeguate e che, dal punto di vista cognitivo, alternano capacità ad incapacità relazionale che, se stimolata dalla presenza di persone terze, può essere almeno in parte recuperata. In particolare: - persone con limitata e/o in progressiva perdita delle funzioni autonome; - persone che

vivono sole; - persone che non hanno familiari in grado di recare supporto per limiti personali ovvero perché impossibilitati da altro a prestare assistenza; - persone che vivono in ambiente domestico e sociale degradato.

Livello Medio. 1) Persone con gravi problemi di non autonomia e non autosufficienza che: - hanno familiari in grado di recare supporto, ma necessitano comunque di sostegno esterno e sollievo; - non sono in grado di curare il proprio ambiente di vita, oppure lo fanno solo parzialmente e/o supportati, e/o l'abitazione presenta carenze in termini di agibilità, sicurezza, igiene e ubicazione; - sono beneficiarie di altri servizi; - usufruiscono di interventi continuativi da parte di reti di sostegno, a qualsiasi titolo attivate; - hanno la capacità economica di sostenere parzialmente spese per servizi e supporti finalizzati allo svolgimento delle attività quotidiane di base e strumentali e/o per favorire le attività di socializzazione. 2) Persone parzialmente autosufficienti e parzialmente autonome nella gestione degli atti della vita quotidiana che: - vivono sole; - non hanno familiari in grado di recare supporto adeguato; - hanno familiari impossibilitati a prestare assistenza, a causa di impegni esterni finalizzati alla sussistenza; - non usufruiscono di altri servizi; - non usufruiscono di interventi continuativi da parte di reti di sostegno, a qualsiasi titolo attivate; usufruiscono di altri servizi, ma non hanno familiari in grado di recare supporto; - hanno problemi nella gestione della vita quotidiana a causa della presenza di barriere architettoniche; - hanno la capacità economica di sostenere in parte spese per servizi e supporti finalizzate allo svolgimento delle attività quotidiane di base e strumentali e/o per favorire le attività di socializzazione.

Livello Basso. Persone parzialmente autosufficienti e/o parzialmente autonome nella gestione degli atti della vita quotidiana che: - vivono sole, hanno familiari non in grado di recare supporto adeguato e costante, - usufruiscono di altri servizi, - usufruiscono di interventi continuativi da parte di reti di sostegno, a qualsiasi titolo attivate; - hanno capacità economica (totale o parziale) di sostenere spese per servizi o supporti finalizzati allo svolgimento delle attività quotidiane di base e strumentali presso il domicilio.

Obiettivi del piano assistenziale

- Favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita;
- Mantenimento o recupero dei livelli di autonomia;
- Favorire l'esercizio dei diritti di cittadinanza;
- Attivare/ottimizzare le funzioni di supporto delle reti sociali, sollecitandone di nuove;
- Sostenere le capacità personali nel proprio ambiente familiare e sociale;
- Favorire la socializzazione, le relazioni affettive, supportando le capacità residue;
- Sostenere il nucleo familiare e chi si prende cura dell'utente;
- Ridurre il rischio dell'istituzionalizzazione;
- favorire maggiori spazi di libertà, migliorando la qualità della vita;
- Altro _____

Necessità assistenziali oggetto del piano per il perseguimento degli obiettivi

- Igiene della persona (lavarsi, vestirsi, aiuto per la doccia o il bagno, cambio del pannolone, etc...)
- Mobilizzazione dell'utente non deambulante;
- Preparazione dei pasti;
- Somministrazione pasti e bevande;
- Cura e pulizia parziale degli ambienti utilizzati per la cura dell'utente;
- Controllo nell'assunzione terapia farmacologia;

- Attività di stimolazione fisica-motoria (passeggiate all'interno e all'esterno dell'abitazione, uso del deambulatore, etc...);
- Attività di stimolazione cognitiva (gioco delle carte, enigmistica, lettura di giornali, cucina, etc.);
- Attività per il mantenimento/sviluppo/recupero delle autonomie personali (saper usare i telefoni, l'orologio e il denaro, saper esprimere interessi e preferenze);
- Attività per il mantenimento/sviluppo/recupero delle autonomie sociali (sviluppare l'orientamento, la mobilità e la capacità di utilizzare i mezzi di trasporto, utilizzare gli esercizi commerciali e gli uffici, gestione del tempo libero e di relazione con gli altri);
- Servizio di trasporto (accompagnamento in luoghi esterni al domicilio supermercati, centri di terapia o servizi sanitari, poste, centri per attività culturali e ricreative, etc.);
- Acquisto generi di prima necessità e/o svolgimento di pratiche burocratiche per conto dell'utente;
- Attività di segretariato sociale (informazioni su diritti, pratiche, servizi);
- Attività di sostegno alla genitorialità;
- Assistenza educativa e sostegno didattico (extrascolastico o scolastico);
- Attività di socializzazione (attività ludico - ricreative) ed integrazione sociale/lavorativa;
- Altro _____

Progetto individuale nel dettaglio

RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI ED ALTRO CON INTERVENTI DA ATTIVARE

Modalità e tempi di valutazione e verifica del Pai

- Semestrale attraverso riunione di equipe multidisciplinari
- Trimestrale attraverso riunione di equipe multidisciplinari

L'Assistente Sociale del Comune	
Per la ASL	
Utente e/o familiare	

Data _____

ALLEGATO D

CERTIFICAZIONE MEDICA

Con la presente si certifica che il/la paziente _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in via
_____ n. _____ da me visitato in data _____ risulta affetto

dalle seguenti patologie:

_____, il _____

(Timbro e firma del MMG/PLS)

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

Con la presente si certifica che il/la paziente _____

nato/a a _____ il _____ e residente

a _____ in via _____

n. _____ da me visitato in data _____ ha ottenuto un punteggio nella scala

Glasgow Come Scale (GCS) pari a _____

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

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

_____, il _____

(Timbro e firma del Medico specialista certificatore)

Glasgow Coma Scale (GCS)

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

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

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

Area	Risposta	Punti
Apertura Occhi	Spontanea	4
	Alla voce	3
	Al dolore	2
	Nessuna	1

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

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

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
DIPENDENZA DA VENTILAZIONE MECCANICA**

Con la presente si certifica che il/la paziente _____

nato/a a _____ il _____ e residente

a _____ in via _____

n. _____ da me visitato in data _____ è dipendente da ventilazione meccanica

assistita o non invasiva continuativa 24 ore al giorno 7 giorni su 7.

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

_____, il _____

(Timbro e firma del Medico specialista certificatore)

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
STATO DI DEMENZA**

Con la presente si certifica che il/la paziente _____
nato/a a _____ il _____ e residente
a _____ in via _____
n. _____ da me visitato in data _____ ha ottenuto un risultato nella scala
CDRS pari a _____

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

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

_____, il _____

(Timbro e firma del Medico specialista certificatore)

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

	NORMALE CDR 0	DEMENZA DUBBLA CDR 0.5	DEMENZA LIEVE CDR 1	DEMENZA MODERATA CDR 2	DEMENZA GRAVE CDR 3
Memoria	Memoria adeguata o smemorata occasionale	Lieve smemorata permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
Orientamento	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzione problemi	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie differenze	Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
Attività sociali	Attività indipendente e livelli usuali ne lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire
Casa e hobbies	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobbies ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
Cura personale	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria

CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE

Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale.

CDR 5: DEMENZA TERMINALE

Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.



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

Con la presente si certifica che il/la paziente _____
nato/a a _____ il _____ e residente
a _____ in via _____
n. _____ da me visitato in data _____ ha ottenuto un risultato nella scala
ASIA Scale (AIS) pari a _____

ASIA Scale (AIS)

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

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

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

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

_____, il _____

(Timbro e firma del Medico specialista certificatore)

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

Con la presente si certifica che il/la paziente _____

nato/a a _____ il _____ e residente

a _____ in via _____

n. _____ da me visitato in data _____ ha ottenuto un risultato nella scala

MRC pari a: _____

MEDICAL RESEARCH COUNVIL (MRC).

Braccio destro: ___/5

Braccio sinistro: ___/5

Gamba destra: ___/5

Gamba sinistra: ___/5

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

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

_____, il _____

(Timbro e firma del medico specialista certificatore)

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

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

Stadio 1: Malattia unilaterale.

Stadio 2: Malattia bilaterale senza coinvolgimento dell'equilibrio.

Stadio 3: Malattia da lieve a moderata, qualche instabilità posturale indipendente.

Stadio 4: Malattia conclamata, ancora in grado di deambulare autonomamente.

Stadio 5: Paziente costretto a letto o in sedia a rotelle.

Expanded Disability Status Scale (EDSS) (*Articolo 3, comma2, lettera e*)

Punteggio EDSS	Caratteristiche cliniche
1-3,5	Paziente deambulante, ma sono presenti deficit neurologici evidenti in diversi sistemi funzionali (motorio, sensitivo, cerebellare, visivo, sfinterico) di grado lieve-moderato, con un impatto parziale sull'autonomia.
4	Paziente autonomo, deambulante senza aiuto e senza riposo, per circa 500 metri.
4,5	Paziente autonomo, con minime limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 300 metri.
5	Paziente non del tutto autonomo, con modeste limitazioni dell'attività completa quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 200 metri.
5,5	Paziente non del tutto autonomo, con evidenti limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 100 metri.
6	Paziente che necessita di assistenza saltuaria o costante da un lato per percorrere 100 metri senza fermarsi.
6,5	Paziente che necessita di assistenza bilaterale costante, per camminare 20 metri senza fermarsi.
7	Paziente non in grado di camminare per più di 5 metri, anche con aiuto, e necessita di sedia a rotelle, riuscendo però a spostarsi dalla stessa da solo.
7,5	Paziente che può muovere solo qualche passo. È obbligato all'uso della carrozzella, e può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla stessa.
8	Paziente che è obbligato a letto non per tutta la giornata o sulla carrozzella. In genere, usa bene una o entrambe le braccia.
8,5	Paziente essenzialmente obbligato a letto. Mantiene alcune funzioni di autoassistenza, con l'uso abbastanza buono di una o entrambe le braccia.
9	Paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e viene alimentato.
9,5	Paziente obbligato a letto, totalmente dipendente.
10	Morte dovuta alla malattia.

_____, il _____

(Timbro e firma del Medico specialista certificatore)

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
DEPRIVAZIONE SENSORIALE COMPLESSA**

Con la presente si certifica che il/la paziente _____
nato/a a _____ il _____ e residente
a _____ in via _____
n. _____ da me visitato in data _____ ha una copresenza di minorazione visiva
e ipoacusia.

Residuo visivo occhio destro: ____/20

Residuo visivo occhio sinistro: ____/20

Residuo perimetrico binoculare: ____%

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

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

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

_____, il _____

(Timbro e firma del Medico specialista certificatore)

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
SPETTRO AUTISTICO**

Con la presente si certifica che il/la paziente _____
nato/a a _____ il _____ e residente
a _____ in via _____
n. ___ da me visitato in data _____ è affetto da una disabilità comportamentale
dello spettro autistico ascritta al livello _____ del DSM-5.

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

_____, il _____

(Timbro e firma del Medico specialista certificatore)

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

Con la presente si certifica che il/la paziente _____
nato/a a _____ il _____ e residente
a _____ in via _____
n. _____ da me visitato in data _____ è affetto da un ritardo mentale grave o
profondo secondo la classificazione del DSM-5 con un QI pari a _____ e un punteggio
nella scala LAPMEL pari a _____

Si allega il test LAPMEL.

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

_____, il _____

(Timbro e firma del Medico specialista certificatore)

LEVEL OF ACTIVITY IN PROFOUND/SEVERE MENTAL RETARDATION

Area	Risposta	Punti
Alimentazione	Viene alimentato, cibo di consistenza modificata	0
	Viene alimentato, cibo di consistenza ordinaria	1
	Porta il cibo alla bocca (con o senza supervisione o assistenza)	2
Area	Risposta	Punti
Controllo Sfinteri	Non riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vescicali o intestinali)	0
	Riesce a segnalare necessità di evacuazione o eventuali perdite (vescicali o intestinali)	1
Area	Risposta	Punti
Comunicazione	Riesce a segnalare alcuni bisogni, attraverso un comportamento aspecifico o stereotipato	0
	Riesce a segnalare alcuni bisogni identificabili da comportamenti specifici	1
	Comunica verbalmente i suoi bisogni	2
Area	Risposta	Punti
Manipolazione	Assente, oppure azione di afferramento	0
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice-indice	2
Area	Risposta	Punti
Vestizione	Passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1
Area	Risposta	Punti
Locomozione	Stazionario sulla sedia/poltrona/letto	0
	Si trasferisce nell'ambiente	1
Area	Risposta	Punti
Orientamento nello spazio	Non orientato	0
	Orientato solo in ambienti conosciuti	1
	Orientato negli spazi a lui non conosciuti	2
Area	Risposta	Punti
Prassi	Nessuna prassia, oppure movimenti afinalistici e stereotipati	0
	Realizza prodotti plastici o grafici (incastra, connette, plasma e colora) oppure pilota una carrozzina manualmente	1
	Disegna o pilota una carrozzina elettrica	2