

ORDIN Nr. 707/538 din 13 mai 2014

privind modificarea și completarea anexei la Ordinul ministrului muncii, familiei și egalității de șanse și al ministrului sănătății publice nr. 762/1992/2007 pentru aprobarea criteriilor medico-psihosociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap

EMITENT: MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI, PROTECȚIEI SOCIALE ȘI
PERSONELOR VÂRSTNICE - Nr. 707
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII - Nr. 538

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 354 din 14 mai 2014

Având în vedere:

- Referatul de aprobare nr. 9.084 DPPD din 12 mai 2014 al Direcției protecția persoanelor cu dizabilități din Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice și nr. 2.848 din 13 mai 2014 al Direcției de strategii și politici în sănătate din Ministerul Sănătății;

- luând în considerare prevederile art. 85 alin. (10) din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- în temeiul prevederilor art. 18 alin. (3) din Hotărârea Guvernului nr. 344/2014 privind organizarea și funcționarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, precum și pentru modificarea unor acte normative și ale art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice și ministrul sănătății emit următorul ordin:

ART. I

Capitolul 2 "Funcțiile senzoriale" și capitolul 7 "Funcțiile neuro-musculo-scheletice și ale mișcărilor aferente" din anexa la Ordinul ministrului muncii, familiei și egalității de șanse și al ministrului sănătății publice nr. 762/1992/2007 pentru aprobarea criteriilor medico-psihosociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 885/2007, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și vor avea cuprinsul prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

ART. II

Direcția protecția persoanelor cu dizabilități, Comisia superioară de evaluare a persoanelor adulte cu handicap din cadrul Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, serviciile de evaluare complexă a persoanelor adulte din cadrul direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv ale sectoarelor municipiului București, precum și comisiile de evaluare a persoanelor adulte cu handicap județene, respectiv ale sectoarelor municipiului București, vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

ART. III

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul muncii, familiei,
protecției sociale și persoanelor vârstnice,
Rovana Plumb

Ministrul sănătății,
Nicolae Băncioiu

ANEXA 1

CAPITOLUL 2

Funcțiile senzoriale

I. Evaluarea persoanelor cu afectarea funcțiilor vizuale în vederea încadrării în grad de handicap*)

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚA MEDIE	DEFICIENȚA ACCENTUATĂ	DEFICIENȚA GRAVĂ
	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
Acuitatea vizuală (calitatea vederii) mono-binoculară (cu cea mai bună corecție, la ochiul cel mai bun). Refractometrie oculară (autorefractometru dioptron)	Acuitatea vizuală 1/8 (0,12) - 1/10 (0,10) cu corecție optimă la ochiul cel mai bun	Acuitatea vizuală 1/12 (0,08) (4 m) - 1/25 (0,04) (2 m) la ochiul cel mai bun	VAO < 1/25 sub (0,04) (2 m) cecitate relativă VAO = pmm, pl, fpl = cecitate absolută VAO < 1/25 până la 1/50 - grav fără asistent personal VAO <= 1/50 (0,02) (n.d. la 1 m) - grav cu asistent personal

*)

1. În afecțiunile cronice primar și secundar oculare, inflamatorii, heredodegenerative, degenerative, traumatice, tumorale, vasculare cu evoluție cronică-progresivă sub tratament specific sau cu sechele morfofuncționale; vicii de refracție (miopie forte; fortisima: 14 - 15D; hipermetropie medie +3D - +6D; forte >= +6D), de acomodare, nistagmusul.

Nu se încadrează în grad de handicap persoane cu vicii de refracție dacă acuitatea vizuală cu corecție optică este bună și câmpul vizual în limite normale.

2. Nu se încadrează în grad de handicap persoane cu afecțiuni reversibile prin tratament medical sau chirurgical, ca de exemplu, cataracta neoperată, cu șanse de recuperare a vederii prin intervenție chirurgicală. Evaluarea se va face numai după intervenția chirurgicală, dacă este cazul. Cazurile speciale, în care intervenția pentru cataractă este inutilă, de exemplu pacienții cu cataractă, dar fără simț luminos etc., vor fi certificate de minimum 2 oftalmologi.

3. Ochiul unic, chiar cu vedere normală, se poate încadra în grad de handicap accentuat, timp de 6 luni de la pierderea ochiului - vederii - congener. Ulterior încadrarea se realizează în raport cu deficiența vizuală, conform tabelului.

4. Acuitatea vizuală și câmpul vizual sunt singurele criterii de încadrare într-un grad de handicap, din punct de vedere oftalmologic (pentru creșterea acurateții sunt necesare două referate de specialitate).

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚA MEDIE	DEFICIENȚA ACCENTUATĂ	DEFICIENȚA GRAVĂ
	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
Câmp vizual (manual) la ochiul cel mai bun Câmp vizual computerizat**)	Redus concentric în jurul punctului de fixație la 30 - 40 grade la ochiul cel mai bun	Redus concentric în jurul punctului de fixație la 10 - 30 grade	Tubular, în jurul punctului de fixație sub 10 grade
Percepția luminii la stimuli vizual Potențiale vizuale evocate (PEV). Electroretinograma (ERG)***)	Normal	Potențiale modificate Retina încă funcțională	Lipsă percepție luminoasă Traseu stins Retina nefuncțională

****)** Câmpul vizual computerizat oferă relații privind sensibilitatea retinei cu modificări specifice structurii funcțiilor vizuale afectate efectiv (are programe prestabilite în funcție de diagnosticul clinic).

*****)** PEV și ERG sunt utilizate în aprecierea stării funcționale a retinei (teste obiective).

	ACTIVITĂȚI - LIMITĂRI	PARTICIPARE - NECESITĂȚI
HANDICAP MEDIU	Profesiuni care nu comportă periclitare oculară sau suprasolicitare vizuală NU permis de conducere de orice tip, conform legislației din domeniu	Fără restricții
HANDICAP ACCENTUAT	Limitări în orientarea spațială, în acomodarea la trecerea de la lumină la întuneric și invers Profesiuni care nu comportă periclitare oculară sau suprasolicitare oculară INTERZIS permis de conducere de orice tip conform legislației din domeniu	Optimizarea condițiilor de mediu (luminozitate, contrast) Dispozitive de corecție optică
HANDICAP GRAV	Dificultăți majore de orientare în spațiu Pot desfășura activități lucrative Dependență parțială sau totală de asistența specializată INTERZIS permis de conducere de orice tip, conform legislației din domeniu	Adaptarea trecerilor de pietoni de pe străzile și drumurile publice conform prevederilor legale, inclusiv marcarea prin pavaj tactil Montarea sistemelor de semnalizare sonoră și vizuală la intersecțiile cu trafic intens Căinele-ghid care însoțește persoana cu handicap grav are acces liber și gratuit în toate locurile publice și în mijloacele de transport

		Sisteme informatizate adaptate, tehnologie asistivă În funcție de rezultatul evaluării complexe, persoana poate fi încadrată în grad de handicap grav cu asistent personal, în situația în care are pierdută total capacitatea de autoservire, autoîngrijire și autogospodărire și necesită sprijin permanent sau grav fără asistent personal, atunci când necesită sprijin parțial pentru unele activități cotidiene
--	--	--

II. Evaluarea persoanelor cu afectarea funcțiilor auditive în vederea încadrării în grad de handicap*)

PARAMETRI FUNCȚIONALI		Audiometrie subiectivă tonală liminară, audiometrie vocală, potențiale evocate auditive precoce, impedansmetrie și otoemisiuni acustice
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	Pierdere auditivă bilaterală între 41 - 70 dB, protezabilă
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	Pierderea auditivă peste 70 dB care se protezează greu, asociată cu tulburări psihice și de limbaj Surditate congenitală sau dobândită înaintea achiziționării limbajului însoțită de mutitate (surdocecitate cu demutizare slabă/nulă), cu pierdere peste 90 dB (surdități profunde și cofoze).

*) În afecțiunile cronice auditive de cauză diversă: inflamatorie, infecțioasă, toxică, vasculară, heredodegenerativă, traumatică, tumorală - congenitale sau dobândite precoce - copilărie/adolescență - însoțite de hipoacuzie - tip transmisie, neurosenzorială, mixtă, protezabile sau neprotezabile ori cu surditate (cofoză), cu sau fără tulburări de comunicare (surdmutitate - surdocecitate).

Evaluarea complexă va fi centrată pe aprecierea capacității de comunicare și relaționare socială și identificarea tulburărilor psihice și de limbaj.

	ACTIVITĂȚI - LIMITĂRI	PARTICIPARE - NECESITĂȚI
HANDICAP MEDIU	Nu sunt recomandate activități ce implică siguranța altor persoane - conducerea unor vehicule de mare tonaj, autobuze, microbuze, avioane, trenuri etc. - sau activități operative în profesii ce necesită standarde de auz - poliție, armată, aviație etc.	Protezare auditivă
HANDICAP ACCENTUAT	Nu sunt recomandate activități ce implică siguranța altor persoane - conducerea unor vehicule de mare tonaj, autobuze, microbuze, avioane, trenuri etc. - sau activități	Asigurarea unor sisteme optice de semnalizare înlocuindu-le pe cele sonore Protezare auditivă Asigurare de interpreți mimicogestuali în instituțiile

operative în profesii ce necesită standarde de auz - poliție, armată, aviație etc., activități de comunicare cu publicul, telecomunicații.	publice
--	---------

OBSERVAȚII:

În cazul deficienței auditive există atât afectare cantitativă, cât și calitativă a sistemului auditiv, de aceea, protezarea auditivă are limitări în unele situații, precum cele legate de localizarea spațială sonoră sau înțelegerea vorbirii în zgomot. De asemenea, o persoană cu handicap auditiv protezată depinde de integritatea și funcționarea unui dispozitiv electronic, a cărui continuitate în funcționare este supusă imprevizibilului.

III. Evaluarea persoanelor cu afectarea funcțiilor vestibulare în vederea încadrării în grad de handicap*)

PARAMETRI FUNCȚIONALI		Evaluarea reflexelor: - vestibuloocular prin ENG - electronistagmografie - sau VNG - videonistagmografie; - vestibulospinal - posturografie dinamică computerizată sau craniocorpografie.
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	Diferența între cele două vestibule la probele provocate depășește 30%. Nistagmus spontan prezent sau deviații nete.
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	Afectare vestibulară obiectivată prin teste Ortostatismul este posibil dar dificil de menținut, tulburări funcționale echivalente cu 60 - 80%.
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	Afectare vestibulară obiectivată prin teste Ortostatismul este imposibil în criză, însoțit de tulburări vegetative. Probele spontane și provocate (dacă se pot practica) sunt pozitive. Tulburări funcționale echivalente cu 80 - 100% Pentru perioade limitate de 6 - 12 luni, în funcție de durată și reversibilitatea tulburărilor majore de echilibru la acțiunile de recuperare

*) În afecțiunile cronice vestibulare, precum și ale căilor acestora sau în contextul unor afecțiuni neurologice, congenitale ori contractate precoce.

NOTE:

În general tulburările vestibulare periferice au un caracter pasager, tranzitoriu.

Tulburările de echilibru survin când există o diferență funcțională mai mare de 20 - 30% între cele două vestibule.

	ACTIVITĂȚI - LIMITĂRI	PARTICIPARE - NECESITĂȚI
HANDICAP MEDIU	Locuri de muncă: nu pot conduce vehicule, avioane, echipamente industriale.	Restricție pentru activitățile care se desfășoară la înălțime sau în mișcare
HANDICAP	Permise activități statice	Adaptarea locului de muncă,

ACCENTUAT		astfel încât să nu fie suprasolicitată postura ortostatică sau să o faciliteze prin mijloace suplimentare de sprijin etc.
HANDICAP GRAV	Sprijin pentru autoservire, îngrijire și autogospodărire în activitățile de bază ale vieții de zi cu zi pentru perioada în care ortostatismul și mobilizarea nu se pot realiza.	Necesită asistență de specialitate În funcție de rezultatul evaluării complexe, persoana poate fi încadrată în grad de handicap grav cu asistent personal, în situația în care are pierdută total capacitatea de autoservire, autoîngrijire și autogospodărire și necesită sprijin permanent sau grav fără asistent personal, atunci când necesită sprijin parțial pentru unele activități cotidiene.

.....

CAPITOLUL 7

Funcțiile neuro-musculo-scheletice și ale mișcărilor aferente

I. Evaluarea persoanelor cu afectarea mobilității articulațiilor și oaselor în vederea încadrării în grad de handicap*)

Se referă la anomalii și structuri afectate, respectiv la:

1. Afecțiuni osteo-articulare congenitale sau contractate precoce (documentele trebuie să releve debutul și evoluția afecțiunii, tratamentele de recuperare efectuate etc.):

- bolile constituționale ale oaselor (de exemplu: acondrodisplazia);
- malformații (de exemplu: amielia unuia sau mai multor membre, totală ori parțială, toracal sau pelvin, sindactilie - a se vedea capitolul 7.III.1);
- deformări rahitice cu tulburări de postură;
- luxație congenitală de șold (unilateral sau bilateral) cu coxartroză secundară și/sau modificări ale coloanei vertebrale, iar formele cu indicație chirurgicală, după realizarea artroplastiei și a adaptării la proteză;
- redori și anchiloze congenitale, posttraumatice sau după osteoartrită TBC, redori strânse mono ori bilaterale de șold, genunchi sau combinate, în poziții vicioase, asociate ori nu cu paralizii nervoase;
- anchiloze ale coatelor sau umerilor;
- pseudartroze (gambă, coapsă, antebrăț, braț - neoperabile).

2. Hemofilia A și B, boală congenitală care apare la sexul masculin prin deficit de factor VIII (Hemofilia A) și factor IX (Hemofilia B), în formele cu modificări ale mecanicii articulare sau în formele cu anchiloze în poziții vicioase și amiotrofii care împiedică mobilizarea (locomoția) sau/și autoservirea.

3. Colagenoze:

- a) poliartrită reumatoidă (PR);

b) sclerodermia: cu tulburări cutanate specifice, care reduc gestualitatea datorită sclerodactiliei;

c) dermatomiozita;

d) lupusul eritematos sistemic;

e) boala mixtă a țesutului conjunctiv - forme severe, rezistente la tratament.

4. Afecțiunile articulare degenerative primare sau secundare (posttraumatice, postinfecțioase sau induse de microcristale) în stadiul sever, la nivelul articulațiilor șoldului, bilateral, obiectivate imagistic, fără potențial de recuperare, care determină prin progresia în timp, limitarea mobilității până la anchiloze în poziții vicioase și care împiedică mobilizarea și autoîngrijirea, persoana având un grad înalt de dependență (fotoliu rulant, imobilizat, fără capacitate de autoservire), pot fi încadrate în grad de handicap grav, cu sau fără asistent personal.

5. Artropatia psoriazică în formă de spondilită, cu afectare axială prin prinderea coloanei cervicodorsolombare, cu tendință la anchiloză, asociată sau nu cu interesare articulară periferică cu deformarea mâinilor, cu tulburări majore ale gestualității și deplasării, determină deficiența funcțională accentuată.

6. Tumori osoase maligne, în primul an de la inițierea chimio- sau radioterapiei specifice și care determină o deficiență funcțională accentuată. Ulterior, evaluarea se realizează luând în considerare prezența recidivelor sau a determinărilor la distanță (cel mai frecvent apar determinări pulmonare), afectarea neurologică sechelară ori existența amputației de membru.

7. Leziuni structurale induse de corticoterapia îndelungată (miopatie cortizonică cu atrofia masei musculare în special la nivelul coapselor, accelerarea osteoporozei cu fracturi pe os patologic, osteonecroză ischemică, necroză aseptică de cap femural etc.). Gradul de handicap se evaluează în funcție de intensitatea deficiențelor funcționale, după criteriile prezentate pentru afectarea funcțiilor respective, reversibilitatea și rezistența la tratamentul medicamentos specific.

1. Afecțiuni osteoarticulare congenitale sau contractate precoce

PARAMETRI FUNCȚIONALI		Examen ortopedie Examen radiografice - segment afectat și, eventual, contralateral, în funcție de limitarea funcțională secundară (articulației, coloană vertebrală) CT (eventual - în funcție de structura afectată) Testări biometrice Testarea mobilității articulare Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	- redoare strânsă sau anchiloză de umăr și cot, unilaterală, asociată cu tulburări neurologice, cu afectarea moderată a prehensiunii și manipulației; - redoare strânsă sau anchiloză de gleznă, bilateral; - redoare strânsă sau anchiloză de genunchi sau șold, unilateral; - coxartroză unilaterală neoperată sau operată recent și complicată prin tehnica operatorie. Afectările osteoarticulare nu împiedică ortostatismul, dar deplasarea pe distanțe mari se realizează cu dificultate, necesitând dispozitive ortopedice pentru a preveni deteriorarea articulațiilor supradiacente și/sau controlaterale.

DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> - redoare strânsă sau anchiloză de umăr și cot, bilaterală, asociată sau nu cu tulburări neurologice, cu limitarea severă a prehensiunii și manipulației; - redoare strânsă de genunchi sau șold bilateral; - anchiloză de șold cu redoare strânsă de genunchi unilateral; - coxartroză bilaterală neoperată sau operată, cu decimentarea protezei. <p>Afectările osteoarticulare determină limitarea parțială sau totală a mobilității articulare, necesitând sprijin extern pentru menținerea ortostatismului și deplasare și o limitare parțială a capacității de autoservire.</p> <p>Evaluarea persoanei va fi realizată luând în considerare și posibilă existență a deficitelor neurologice secundare, de tip paretic/plegic.</p>
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	<p>Afectări osteoarticulare bilaterale ale articulațiilor mari - șold, genunchi - în stadiu sever, neoperabile sau cu complicații tardive postoperatorii, în afara resurselor terapeutice, care determină limitarea totală a mobilității articulare, necesitând fotoliu rulant pentru deplasarea în interiorul sau exteriorul locuinței sau imobilizare totală și sprijin din partea altei persoane pentru autoîngrijire.</p>

Evaluarea în vederea încadrării în grad de handicap se realizează particularizat în funcție de:

- intensitatea tulburărilor de postură sau/și gestualitate;
- localizarea unilaterală sau bilaterală a deteriorării (anomaliei);
- membrul sau membrele afectate;
- consecințele secundare (la articulațiile suprajacentei, coloana vertebrală);
- capacitatea respiratorie afectată secundar;
- existența tulburărilor neurologice secundare de tip paretic/plegic;
- în raport cu gestualitatea și deservirea necesară;
- capacitatea de mobilizare cu mijloace protetice, ortetice, mijloace speciale de deplasare;
- limitarea prehensiunii și manipulației;
- capacitatea de autoservire și autoîngrijire.

	ACTIVITĂȚI - LIMITĂRI	PARTICIPARE - NECESITĂȚI
HANDICAP MEDIU	Capacitate funcțională afectată, cu limitarea moderată a gestualității și mersului, dar cu menținerea autonomiei personale de autoîngrijire	<p>Orientare către activități profesionale cu solicitare fizică redusă, fără deplasări pe distanțe mari sau ridicare de greutate</p> <p>Dispozitive ortopedice și tratamente de recuperare pentru a preveni deteriorarea funcționalității articulare</p>
HANDICAP ACCENTUAT	Locuri de muncă fără solicitare posturală sau/și gestuală, fără deplasări în teren, în funcție de structura/structurile afectate cu limitările	- Asigurare de mijloace compensatorii (protetice, ortetice etc.), adaptate în raport cu secvențele muncii (pense, cârlige etc.) în raport

HANDICAP GRAV	funcționale secundare	<p>cu membrul sau membrele afectate</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mijloace speciale de deplasare (scaun rulant, mașini adaptate etc.) - Adaptarea locuinței și a locului de muncă pentru a facilita integrarea socială - Sprijin pentru activitățile cotidiene - instrumentale în cazul persoanelor cu deficiențe grave <p>În funcție de rezultatul evaluării complexe, persoana poate fi încadrată în grad de handicap grav cu asistent personal, în situația în care are pierdută total capacitatea de autoservire, autoîngrijire și autogospodărire și necesită sprijin permanent, sau grav fără asistent personal, atunci când necesită sprijin parțial pentru unele activități cotidiene.</p>
---------------	-----------------------	--

2. Hemofilia A și B*)

PARAMETRI FUNCȚIONALI		<ul style="list-style-type: none"> - Examen ortopedie - Examene radiografice pe segmente afectate, în funcție de limitarea funcțională secundară (coloana vertebrală) și eventual, contralateral (articulații) - Eventual CT/RMN - în funcție de structura afectată - Testarea mobilității articulare/Testări biometrice - Spirometrie (în situațiile în care este afectată secundar funcția ventilatorie) - Examen oscilometric/Examen Eco - Doppler - Hemoleucogramă, timp de sângerare, timp de protrombină - Determinarea factorilor plasmatici ai coagulării: <ul style="list-style-type: none"> - factorul VIII sau factorul IX între 2 - 5% - formă clinică medie; - factorul VIII sau factorul IX \leq 1% - formă clinică severă. <p>Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</p>
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	În formele clinice medii cu sângerări minore, cu determinări articulare (artropatii necomplicate) reversibile la tratamentul antihemofilic periodic
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT (**)	<p>În formele clinice severe cu artropatii cronice, cu modificări ale mecanicii articulare, care necesită administrări repetate de preparate antihemofilice și transfuzii frecvente</p> <p>În formele cu hemoragii intraparenchimotoase și sechele morfofuncționale</p>
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV(**)	<p>În formele clinice severe cu anchiloze în poziții vicioase și deformări articulare însoțite de amiotrofii cu afectarea gestualității, posturii și locomoției, atunci când aceste modificări sunt ireversibile</p> <p>În formele cu hemoragii intraparenchimotoase, cu</p>

risc vital

*) Sindrom hemoragic produs prin deficit de factori plasmatici ai coagulării.

NOTĂ: În evaluare se va ține seama și de afectarea altor structuri care predispun la sângerare.

***) Încadrarea în gradul de handicap accentuat, respectiv grav, cu termen de valabilitate permanent se va face la a doua prezentare la evaluare.

	ACTIVITĂȚI - LIMITĂRI	PARTICIPARE - NECESITĂȚI
HANDICAP MEDIU	Orice activitate profesională într-un loc de muncă fără risc de traumatism fizic	Participare fără restricții, cu condiția evitării riscului de accidentare
HANDICAP ACCENTUAT	Activități fără solicitare fizică mare sau cu risc de traumatizare indiferent de intensitate și cauze. - Sunt limitate activitățile care suprasolicită postura ortostatică, deplasările posturale prelungite, menținerea forțată a unei variante posturale și cele în mediu cu trepidații.	Sprajin pentru: - asigurarea unui loc de muncă adecvat care să prevină traumatizarea fizică, activarea hemartrozei și cronicizării artropatiei specifice; - facilitarea mobilizării (baston, cadru, orteze etc.); - monitorizarea activității medicale (dispensar, administrarea de produse antihemofilice, efectuarea de transfuzii - în funcție de situație).
HANDICAP GRAV	Intensitatea tulburărilor funcției locomotorii, ireversibilă, neinfluențată de tratamentul specific limitează total sau aproape total capacitatea de mobilizare, autoservire, autoîngrijire și autogospodărire.	În funcție de rezultatul evaluării complexe, persoana poate fi încadrată în grad de handicap grav cu asistent personal: - în situația în care este nedeplasabilă/imobilizată la pat; - are pierdută total capacitatea de autoservire, autoîngrijire și autogospodărire. În funcție de rezultatul evaluării complexe, persoana poate fi încadrată în grad de handicap grav fără asistent personal: - necesită sprajin pentru unele activități cotidiene; - sprajin pentru facilitarea deplasării în interiorul sau/și exteriorul locuinței în funcție de necesități.

3. Colagenoze

a) Poliartrită reumatoidă (PR)*)

PARAMETRI FUNCȚIONALI	- VSH crescut; - Proteina C reactivă crescută; - Fibrinogen seric crescut;
-----------------------	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Electroforeză; - Factori reumatoizi prezenți, Ac antiCCP; - Examen radiologic: eroziuni, pensări spații articulare, subluxații etc.; - Ecografie musculoscheletală, RMN (situații de excepție); - scor DAS 28**); - scor HAQ***); - scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	<p>În PR stadiul II/III forme moderat active:</p> <ul style="list-style-type: none"> - redoare matinală > 1 h; - dureri la mobilizarea articulațiilor periferice și în repaus; - forța de prehensiune redusă; - reducerea medie a mobilității articulare; - testele de activitate (evoluție) pozitive, dar nu obligatoriu - modificări radiologice specifice. <p>Clasa funcțională II Steinbrocker - capacitatea funcțională normală, cu excepția handicapului durerii și redorii la una sau mai multe articulații.</p>
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	<p>În PR forme severe stadiul III/IV:</p> <p>leziuni distructive cartilaginoase sau osoase; deformări ale degetelor; subluxații; derivații axiale (cubitale ale mâinilor); atrofia mușchilor cu afectarea prehensiunii; semne radiologice caracteristice și de laborator specifice; capacitate funcțională limitată; autoservire parțial afectată. Clasa funcțională III Steinbrocker - permite numai o mică parte din ocupațiile casnice și autoservire.</p>
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	<p>În PR gravă stadiul IV:</p> <p>leziuni osteoarticulare cu deformări și anchiloze (degete, pumni, coate, șolduri, genunchi în semiflexie, tibiotarisene cu deformarea antepiciorului); limitarea aproape totală sau totală a gestualității sau/și a posturii și deplasărilor posturale; capacitatea de autoservire pierdută. Clasa funcțională IV Steinbrocker - infirmitate importantă - persoana imobilizată la pat sau în fotoliu, care nu se poate ocupa de propria îngrijire sau o face cu foarte mare dificultate.</p>

*) Diagnosticul se stabilește în baza criteriilor EULAR/ACR 2010.

**) Scala DAS28 (Disease Activity Score) măsoară gradul de activitate al bolii și permite o monitorizare a ei. Cuprinde 4 itemi, care se referă la: numărul de articulații dureroase, numărul de articulații cu tumefacție, VSH (unele teste îl înlocuiesc cu CRP) și durerea resimțită, evaluată de la 1 la 10 prin scala VAS. Interpretarea scorului este:

- DAS 28 > 5,1 activitate înaltă, DAS28 > 3,2 - 5,1 activitate moderată, DAS28 > 2,6 - 3,1 activitate scăzută, DAS < 2,6 remisiune.

***) Scala HAQ (Healt Assessment Questionnaire = chestionar de evaluare personală) conține 20 de întrebări legate de capacitatea de a desfășura activități zilnice în ultima săptămână (0 = fără dificultăți până la 3 = imposibil de realizat), fiind un factor predictiv pentru progresia bolii, statusul funcțional și capacitatea de muncă. Interpretarea acestei scale este următoarea:

- 0 - 1 dizabilitate ușoară - medie;

- 1 - 2 dizabilitate medie - severă;
- 2 - 3 dizabilitate severă - foarte severă.

b) Sclerodermia (Scleroza sistemică SS)*)

PARAMETRI FUNCȚIONALI		Explorări paraclinice: - investigații de laborator: hemoleucograma, teste inflamatorii, anticorpi anti Scl-70, antinucleari și anticentromer; - examen radiologic - rg. osteoarticulare, pulmonar, digestiv; - teste circulatorii periferice (capilaroscopie); - teste funcționale pulmonare (TLCO, pletismografie); - biopsie cutanată, musculară; - ecografie cardiacă; - lavaj bronhoalveolar. Starea de nutriție Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	Prezența sindromului Raynaud și afectare cutanată a membrelor, feței și trunchiului, cu limitarea gestualității, dar fără afectări viscerale sau limitare de intensitate medie a funcționalității.
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	Afectare cutanată a membrelor, feței și trunchiului, afectare a funcției renale sau/și respiratorii de intensitate accentuată sau afectare a funcției digestive cu disfagie pentru solide asociate sau nu și cu alte afectări viscerale moderate (alveolita fibrozantă, hipertensiune pulmonară), ischemie periferică moderată (ulcerații digitale), contracturi articulare etc.
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	Afectare gravă a funcției renale, respiratorii și cardiace sau a funcționalității musculoarticulare sau ischemie periferică severă cu amputații spontane/chirurgicale.

*) Scleroza sistemică (SS) este o afecțiune multisistemică, caracterizată prin fibroza pielii, a vaselor sanguine și a organelor viscerale, incluzând tractul gastrointestinal, plămânii, inimă și rinichii. Sunt identificate două subtipuri: sclerodermie cutanată difuză, cu invadare cutanată rapidă la nivelul extremităților, față și trunchi, cu cel mai mare risc pentru interesarea precoce renală și a altor viscere, și sclerodermie cutanată limitată definită prin îngroșarea simetrică a pielii, limitată la nivelul extremităților distale și a feței. SS a organelor viscerale se poate întâlni și în absența interesării cutanate, caz în care este denumită scleroză sistemică fără sclerodermie.

Evaluarea în vederea încadrării în grad de handicap se face în funcție de forma clinică, respectiv de intensitatea tulburărilor de gestualitate, renale, respiratorii și de nutriție, prevăzute pentru afectarea structurilor, prezentate la capitolele în cauză.

c) Dermatomiozită/Polimiozită*)

PARAMETRI FUNCȚIONALI		- teste enzimatic (transaminaza, creatinfosfochinaza, lacticodehidrogenaza), hemoleucogramă, teste de inflamație; - traseu EMG caracteristic pentru afectarea fibrelor
-----------------------	--	---

		<p>musculare;</p> <ul style="list-style-type: none"> - biopsia musculară - necroze focale; - autoanticorpi JoI, SRP; - în funcție de structurile afectate, explorarea funcției respiratorii sau cardiace. <p>Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</p>
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	Formele cu afectare cutanată și/sau musculară, cu limitare funcțională moderată a activității cotidiene
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	Afectare cronică cu atrofii musculare ale membrelor, cu/fără ulceratii gastrointestinale și cutanate, cu limitarea accentuată a capacității de mobilizare și autoîngrijire. Afectare pulmonară sau cardiacă medie, obiectivate prin spirometrie sau teste respiratorii sau ecocardiografie.
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	Afectare generalizată cu atrofii musculare care limitează major capacitatea de deplasare și autoîngrijire, cu/fără afectarea mușchilor striati ai hipofaringelui și esofagului superior, cu fenomene respiratorii și afectarea funcției contractile a inimii. Afectare pulmonară sau cardiacă severă, obiectivate prin teste respiratorii sau ecocardiografie.

*) Afecțiuni de etiologie presupus autoimună, în care mușchii scheletici sunt lezați de un proces inflamator nesupurativ dominat de infiltrat limfocitar. Termenul de polimiozită este aplicat când procesul inflamator este localizat la nivelul mușchilor, iar termenul de dermatomiozită este folosit când apare asocierea cu o erupție cutanată caracteristică.

d) Lupus eritematos sistemic*)

PARAMETRI FUNCȚIONALI		<p>Explorări de laborator:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hemoleucograma; teste de inflamație; complement seric (C3, C4); autoanticorpi Ac antinucleari, anti-ADN, antiSm, antiRo, antiLa, anticorpi antifosfolipidici (anticardiolipina, LA, B2 glicoproteina 1) teste de coagulare; uree, creatinină, cl creatinină; proteinurie/24 ore - biopsie renală (în cazurile cu afectare renală). <p>Echocardiografie Probe respiratorii + TLCO Examen oftalmologic</p> <ul style="list-style-type: none"> - investigații imagistice, în funcție de structura afectată (radiografie pentru articulațiile afectate, ecografie, CT) <p>Scala SLEDAI**)</p> <p>Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</p>
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	<p>LES în faza cronică, cu simptome generale (fatigabilitate, anorexie), manifestări articulare, cutanate (rash, ulceratii, alopecie, vasculite), artralgiile/mialgiile intermitente, alterare moderată a funcției renale, anemie/leucopenie/trombopenie ușoare, serozite ușoare sau cu disfuncție cognitivă medie</p> <p>Există limitări ale funcționalității generale, dar se menține autonomia personală.</p>
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	<p>LES în faza acută, cu alterarea stării generale, poliserozite, psihoze, convulsii frecvente sau alte manifestări neurologice severe (de exemplu, accident</p>

		vascular), afectare hematologică renală, cardiacă și respiratorie de intensitate accentuată. Există limitarea capacității de mobilizare și autoîngrijire, pentru o durată lungă de timp.
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	Afectare gravă a funcției renale, respiratorii, cardiace și neurologice, conform criteriilor de la capitolele respective. Afectările descrise pot exista în timpul fazei acute sau pot avea un caracter ireversibil, determinând limitarea majoră a capacității de autoîngrijire.

) LES este o afecțiune multisistemică caracterizată de prezența anticorpilor antinucleari și un proces inflamator cronic difuz, care afectează funcționalitatea unor structuri precum piele, sistem osteoarticular, nervos, renal, hematologic, evoluând cu perioade de exacerbare și acalmie, remisiunea completă apărând la mai puțin de 10% din cazuri. Diagnosticul se stabilește în baza criteriilor ARA. Evaluarea activității în LES se cuantifică prin scorul SLEDAI) (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index), care include 25 de itemi, cu următoarea interpretare:**

- activitate moderată > 3 puncte;
- activitate severă > 12 puncte.

	ACTIVITĂȚI - LIMITĂRI	PARTICIPARE - NECESITĂȚI
	<ul style="list-style-type: none"> - capacitate funcțională moderat limitată datorită handicapului durerii și redorii la una sau mai multe articulații; - limitarea gestualității profesionale și a mersului; - activități cu solicitări fizice reduse fără deplasări posturale pe distanțe mari, fără ridicarea de greutate, urcat-coborât scări; - unele limitări în activitățile cotidiene, casnice. 	<ul style="list-style-type: none"> - sunt necesare măsuri profilactice: evitarea frigului, umezelii, curenților de aer la locul de muncă; - dispensarizare la medicul de familie sau reumatologie, ambulatorii de specialitate pentru controale periodice; - spitalizare de zi, spitalizare continuă periodică; - tratament de recuperare adaptat formei de boală; - profilaxia infecțiilor acute și tratarea infecțiilor cronice pentru a preveni progresiunea alterărilor funcționale; - măsuri pentru asigurarea unui loc de muncă fără solicitare fizică/trepidatăii, în condiții de microclimat corespunzător sau schimbarea locului de muncă, recalificare profesională, după caz, în funcție de vârstă, procesele evolutive și răspunsul la tratamentul aplicat.
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> - capacitate funcțională limitată permițând numai o parte din activitățile casnice și autoservirea; - activități profesionale cu solicitări fizice reduse fără deplasări posturale pe distanțe mari, fără ridicarea de 	<ul style="list-style-type: none"> - în general, afectarea accentuată a posturii, a deplasărilor posturale (mobilizarea), alternanță posturală, gestualitatea - prehensiunea și manipulația - fac imposibilă participarea la activități profesionale

	<p>greutăți, urcat-coborât scări și în funcție de deficitul de prehensiune;</p> <p>- se va avea în vedere faptul că se ridică cu greutate de pe scaun, chiar și cu sprijin, nu poate ridica și transporta greutatea, dexteritatea se realizează cu dificultate.</p>	<p>solicitante;</p> <p>- necesită sprijin pentru facilitarea mobilizării (baston, pe perioade limitate scaun rulant);</p> <p>- monitorizare periodică medicală;</p> <p>- controale în ambulatoriu, spitalizare de zi, spitalizare continuă periodică;</p> <p>- tratament de recuperare adaptat formei de boală.</p>
HANDICAP GRAV	<p>- dizabilitate importantă - persoana cu handicap se află imobilizată la pat sau în fotoliu;</p> <p>- nu se poate ocupa de propria sa îngrijire sau o face cu foarte multă dificultate;</p> <p>- necesită îngrijire și supraveghere permanentă, nu poate sta confortabil pe scaun, nu se poate ridica din poziția șezând în cea ortostatică;</p> <p>- nu poate păstra ortostatismul nesprizinit și fără ajutor;</p> <p>- nu se poate îmbrăca, dezbrăca, nu își poate tăia alimentele;</p> <p>- capacitatea de autoservire și autoîngrijire este afectată major.</p>	<p>- suplinirea pierderii capacității de autoservire, autoîngrijire și autogospodărire;</p> <p>- controale în ambulatoriu, spitalizare de zi, spitalizare continuă periodică;</p> <p>- tratament de recuperare adaptat formei de boală.</p> <p>În funcție de rezultatul evaluării complexe, persoana poate fi încadrată în grad de handicap grav, cu asistent personal, în situația în care are pierdută total capacitatea de autoservire, autoîngrijire și autogospodărire și necesită sprijin permanent sau grav, fără asistent personal, atunci când necesită sprijin parțial pentru unele activități cotidiene.</p>

II. Evaluarea persoanelor cu afectarea mobilității coloanei vertebrale, în vederea încadrării în grad de handicap*)

*) Se referă la:

1. Spondilita anchilozantă (SA), forma centrală, periferică sau mixtă (centrală și periferică) - afecțiune inflamatorie cronică, ce afectează preponderent coloana vertebrală, procesul inflamator debutând frecvent la nivelul articulațiilor sacro-iliace și progresează ascendent.
2. Cifoscolioze și scolioze deformante - idiopatice, cu grad mare de curbură, operate sau nu, care împiedică capacitatea respiratorie normală și/sau cu tulburări neurologice (parapareze, paraplegii).

1. Spondilită anchilozantă (SA)

PARAMETRI FUNCȚIONALI	<p>Examen radiologic*):</p> <p>- radiografie bazin;</p> <p>- radiografia altor zone interesate;</p> <p>- RMN;</p> <p>- ecografie musculoscheletală pentru entesită.</p> <p>Investigații biologice:</p> <p>- VSH crescută;</p> <p>- proteina C reactivă pozitivă;</p> <p>- fibrinogen crescut;</p>
-----------------------	---

		<p>- antigen HLA B27**) prezent.</p> <p>Probe paraclinice:</p> <ul style="list-style-type: none"> - testarea mobilității coloanei vertebrale și a articulațiilor mari; - spirometrie. <p>Examen oftalmologic</p> <p>Examen neurologic</p> <p>Scor BASFI și BASDAI***)</p> <p>Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</p>
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	<p>Forma centrală:</p> <ul style="list-style-type: none"> - generalizarea = extinderea sindesmoartelor cu formare de punți la un număr important de discuri vertebrale; - mobilitatea coloanei CDL: reducere cu 50% din valorile fiziologice ale flexiei, extensiei, înclinări laterale, rotații; - redoare matinală coloană CDL persistentă; - deficiență ventilatorie restrictivă ușoară; - fără deficiență vizuală sau cu deficiență ușoară. <p>RMN bazin/axial, cu leziuni active</p> <p>Forma periferică:</p> <ul style="list-style-type: none"> - articulații periferice afectate de proces inflamator cronic, frecvent asimetric, cel mai des la genunchi; - tendinite, fascită plantară; - mobilitatea articulațiilor periferice redusă cu 30 - 40% din valorile fiziologice; - semnele biologice moderat crescute; - antigen HLA B27 pozitiv. <p>Controale în ambulatoriu, spitalizare de zi, spitalizare continuă periodică</p> <p>Tratament de recuperare adaptat formei de boală</p>
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	<p>Forma centrală:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cu prinderea = generalizarea coloanei CDL; - fixarea coloanei cervicale în flexie în mod ireversibil, în puseele acute; - deficiență ventilatorie medie de tip restrictiv; - deficiență vizuală medie prin sechele de iridociclită; - afectarea mobilității coloanei vertebrale cu peste 70% din valorile fiziologice (urcă și coboară scările, dar cu dificultate). <p>Forma mixtă:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cu prinderea coloanei CDL; - cu prinderea centurilor scapulo-humerale și coxo-femorale, bilateral; - deficiență ventilatorie medie sau accentuată de tip restrictiv; - deficiență vizuală medie prin afectare oculară sechelară iridociclitei; - afectarea funcționalității articulațiilor periferice până la 80% din valorile fiziologice (se deplasează cu greutate, cu baston sau cârje, și pe distanțe mici). <p>Forma periferică:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cu prinderea articulațiilor mari: coxo-femorale, genunchi, articulația coatelor, pumn și degete; - afectarea funcțiilor articulațiilor periferice cu peste 80 - 85% din valorile fiziologice. <p>Protezare articulară</p> <p>Amiloidoză</p> <p>Insuficiență renală cronică ușoară</p>

DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	<p>Forma centrală:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cu prinderea centurilor toracice și pelviene; - cu prinderea umerilor (anchiloză în adducție); - cu prinderea coxo-femurală bilateral cu tendință la anchiloze; - deficiență ventilatorie severă de tip restrictiv. <p>Forma periferică:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cu anchiloza pumnilor, coatelor - în semiflexie, anchiloză tibiotarsiană în equin; - cu deformarea accentuată a antepiciorului. <p>Forma mixtă:</p> <ul style="list-style-type: none"> - forma severă cu/fără afectarea gravă a acuității vizuale; - afectare respiratorie severă; - afectare renală avansată (amiloidoză sau insuficiență renală). <p>NOTĂ:</p> <p>Persoanele cu SA stadiul IV se deplasează cu mare dificultate și sprijinite.</p> <p>Sunt în imposibilitatea realizării totale sau parțiale a activităților vieții zilnice de autoservire și îngrijire.</p>
---------------------	------------------	---

*) Principalul criteriu de diagnostic pozitiv poate consta, în funcție de evoluție, în:

- sacroiliită gr. II - III (moderată): scleroză și osteocondensare ale articulațiilor;
- sacroiliită grad IV: anchiloză cu dispariția spațiilor articulare;
- apariția de punți intervertebrale (inițial D11 - D12, L1 - L2) - sindesmofite (osificări interligamentare), ulterior se generalizează - aspect "trestie de bambus";
- afectarea articulațiilor interapofizare cu tendință la pensare și anchiloze care pot lua aspect de "șină de tramvai".

**) Antigenul HLA B27: are semnificație predispozantă pentru afecțiune; este prezent la 80 - 90% dintre persoane.

***) Evaluarea funcționalității în SA poate fi cuantificată prin scala BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index), iar indicele activității SA se stabilește prin completarea chestionarului BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), ambele validate și în România.

Scala BASFI este constituită dintr-un chestionar cu 10 întrebări, apreciate fiecare cu un punctaj de la 0 (activitatea se execută ușor) la 10 (activitate imposibilă). Această scală reflectă impactul dizabilității date de boală asupra activităților cotidiene, sub influența tratamentului recuperator.

Scala BASDAI este constituită dintr-un chestionar cu 6 întrebări, fiecare având punctaj între 0 (fără simptome) până la 10 (afectare severă), iar un scor de peste 4 indică un grad suboptimal de control al bolii, necesitând modificarea intervenției terapeutice.

	ACTIVITĂȚI - LIMITĂRI	PARTICIPARE - NECESITĂȚI
HANDICAP MEDIU	Orice activitate profesională cu evitarea suprasolicităților gestuale, posturale - ortostatismul sau mersul prelungit, ridicarea de greutate, într-un mediu adecvat, fără curenți de aer, variații termice, trepidații	<ul style="list-style-type: none"> - Asigurarea unui loc de muncă accesibil pentru prevenirea evoluției spre stadii superioare - Sprijin din partea angajatorilor și a familiei pentru aplicarea măsurilor profilactice

		<ul style="list-style-type: none"> - Consult ambulatoriu sau spitalizare de zi, internare continuă periodică - Dispensarizare medic de familie sau serviciul de reumatologie - program de kinetoterapie (gimnastică medicală) - Eventual, schimbarea locului de muncă pentru activități fără eforturi fizice, fără ortostatism prelungit, în mediu cu curenți de aer, umezeală, poziții vicioase-fixe în timpul muncii
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> - Activități fără suprasolicitare posturală, fără deplasări prelungite sau care să impună variante posturale - Activități fără suprasolicitare fizică și vizuală. În general, au redusă capacitatea de efectuare a oricărei activități profesionale organizate, cu program normal; - au limitată posibilitatea de a realiza majoritatea activităților necesare vieții zilnice și pentru cele de autoservire (de exemplu, aplecat, îmbrăcat/dezbrăcat, transport greutăți); - au limitată capacitatea de mobilizare (se deplasează cu greutate, cu baston), precum și posibilitatea de menținere îndelungată a poziției ortostatice sau șezând și a variantelor posturale. - Capacitatea de efort fizic - redusă. 	<p>Participare în condiții de monitorizare medicală și profesională:</p> <ul style="list-style-type: none"> - internare în secții de reumatologie în puseele acute, pentru tratament particularizat și controlat; - consult ambulatoriu sau spitalizare de zi, internare continuă periodică; - dispensarizare medic de familie sau specialist reumatolog pentru control periodic; - program de kinetoterapie la domiciliu sau dispensar, ambulatoriu de specialitate; - schimbarea locului de muncă sau orientare pentru munci fără efort fizic, ortostatism prelungit, frig, curenți de aer, umezeală, poziții vicioase, suprasolicitarea vederii; <p>În timpul muncii:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sprijin din partea angajatorilor pentru asigurarea unui loc de muncă adaptat; - ajutor din partea familiei pentru realizarea unor activități necesare îngrijirii și gospodăririi (vieții cotidiene);
HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> - Pierderea totală a capacității de autoservire sau/și de orientare spațială - Limitarea majoră a capacității de mobilizare - Limitarea majoră a posibilității de realizare a activităților vieții cotidiene, instrumentale și de autoîngrijire - Pot desfășura activități profesionale la domiciliu sau la locuri de muncă adaptate 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesită sprijin pentru obținerea unor mijloace de deplasare (fotoliu rulant etc.) - Accesibilizarea mediului - Asistență medicală la domiciliu, particularizată <p>În funcție de rezultatul evaluării complexe, persoana poate fi încadrată în grad de handicap grav cu asistent personal, în situația în care are pierdută total capacitatea de autoservire, autoîngrijire și autogospodărire și necesită</p>

		sprijin permanent, sau grav fără asistent personal, atunci când necesită sprijin parțial pentru unele activități cotidiene.
--	--	---

2. Cifoscolioze idiopatiche

PARAMETRI FUNCȚIONALI		Radiografiile coloană vertebrală, umeri și șold, în funcție de consecințele secundare - Tomografie (TC), RMN - Examen ortopedic - Examen neurologic - Testarea mobilității coloanei vertebrale - Testarea mobilității articulațiilor mari - Probe ventilatorii (spirometrie) - Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	Scolioză, cifoscolioză cu grad de curbură peste 60°, cu tulburări ventilatorii de intensitate medie și fără tulburări neurologice, cu limitare moderată a funcționalității, deficit de ortostatism și deplasare prelungită
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	Scolioză, cifoscolioză cu grad de curbură peste 60°, cu tulburări ale funcției respiratorii și/sau tulburări neurologice Osteosintează pe coloană deformată, cifoscoliotică, cu tulburări ventilatorii de intensitate accentuată Mobilizarea se realizează cu sprijin extern, urcatul scărilor este dificil, iar autonomia personală prezintă limitări parțiale.
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	Scolioză, cifoscolioză cu grad de curbură peste 60°, cu tulburări respiratorii grave sau/și paraplegie Există o limitare majoră a capacității de realizare a activității de autoîngrijire, necesitând mijloace externe (sprijin bilateral, fotoliu rulant) pentru deplasare. În situația pierderii totale a capacității de îngrijire și autoservire necesită asistent personal.

	ACTIVITĂȚI - LIMITĂRI	PARTICIPARE - NECESITĂȚI
HANDICAP MEDIU	Orice activitate profesională, cu evitarea suprasolicităților gestuale, posturale - ortostatismul sau mersul prelungit, ridicarea de greutăți, într-un mediu adecvat	
HANDICAP ACCENTUAT	Activități accesibile și participare efectivă în funcție de intensitatea deficienței funcționale și gradul de handicap prezentate în afectarea funcțiilor motorii, statice și locomoției	
HANDICAP GRAV	Orientarea profesională a tinerilor spre locuri de muncă accesibile, concomitent cu monitorizarea medicală adecvată pentru prevenirea consecințelor secundare	

III. Evaluarea persoanelor cu afectarea funcțiilor motorii (a staticii și mobilității - locomoției sau/și gestualității) în vederea încadrării în grad de handicap

1. Amputații*)

PARAMETRI FUNCȚIONALI		<p>Examen ortopedic</p> <p>Examen radiologic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bont; - articulația suprajacentă, controlateral, coloană vertebrală, în funcție de localizare, pentru evaluarea consecințelor handicapului locomotor; <p>Testarea bontului</p> <p>Testarea funcționalității protezei și a membrului/membrelor</p> <p>Indici oscilometrici</p> <p>Testări biometrice particularizate structurii afectate</p> <p>Testarea mobilității articulare</p> <p>Testări musculare</p> <p>Testarea mobilității coloanei vertebrale</p> <p>Examen neurologic, în anumite cazuri</p> <p>Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</p>
DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	HANDICAP UȘOR	<p>Deficiență locomotorie ușoară:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amputație Lisfrank (amputarea piciorului între tars și metatars) - Amputație Chopart (amputație la nivelul articulației mediotarsiene) <p>Deficiență de manipulație ușoară:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lipsa prin amputație a 1 - 3 degete (în afara policelui) - Lipsa ultimelor falange de la toate degetele de la o mână
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	<p>Deficiență locomotorie medie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amputație gambă unilaterală (la orice nivel) - Amputație coapsă - bont protezat, proteză funcțională, fără consecințe secundare <p>Deficiență de manipulație medie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lipsa degetelor de la o mână - Dezarticulație radio-carpiană - Amputația membrului toracic: antebraț-brăț, de la diferite nivele, protezat/neprotezat, cu păstrarea manualității membrului controlateral <p>NOTĂ:</p> <p>Pentru perioade limitate, în vederea adaptării la unimanualitate, transfer gestualitate - handicap accentuat</p>
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	<p>Deficiență locomotorie accentuată:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amputație coapsă - bont greu protezabil sau neprotezabil ori cu proteză nefuncțională - Dezarticulație coxo-femurală - Amputație bilaterală membru pelvin, de la nivelul gambelor - protezate, proteze funcționale - Amputație unilaterală de coapsă cu proteză nefuncțională/neprotezată, cu reducerea funcționalității membrului controlateral sau a unui membru toracic (anchiloză, pareză/plegie etc.) - handicap accentuat sau grav în raport cu nivelul afectării autonomiei personale <p>Deficiență de manipulație accentuată:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dezarticulație scapulo-humerală - Amputația membrului toracic unilaterală cu reducerea prehensiunii controlateral
DEFICIENȚĂ	HANDICAP	Imposibilitatea realizării ortostatismului -

GRAVĂ	GRAV	deficiență locomotorie gravă: - Lipsa prin amputație a ambelor coapse, protezate sau neprotezate - Lipsa prin dezarticulație a unui membru pelvin asociat cu anchiloza sau plegia membrului pelvin opus - Lipsa prin dezarticulație sau prin amputație a unui membru pelvin, cu amputație, dezarticulație sau plegie de membru toracal - Amputație bilaterală a membrelor pelvine de la nivelul gambelor - protezate ineficient sau neprotezate Imposibilitatea realizării gestualității și manipulației: - Amputații ambele membre toracice de la diferite nivele cu/fără redori strânse ale articulațiilor. NOTĂ: Pentru perioade limitate de timp în vederea protezării și adaptării la proteză
-------	------	--

*) Se referă la:

a) amputații congenitale, contractate precoce (copilărie-adolescență), unilateral sau bilateral, de membru inferior sau superior, indiferent de nivel, dezarticulație membru pelvin, dezarticulație membru toracal, protezabile, neprotezabile sau greu protezabile.

b) amputații de membru superior sau inferior, unilateral sau bilateral (protezabile, neprotezabile ineficient, greu protezabile, neprotezabile), indiferent de vârstă și statut.

În evaluarea deficienței funcționale se vor avea în vedere:

- Cauza care a condus la indicația de amputație:

a) distrugerea unui membru prin strivire;

b) pierderea vascularizației;

c) gangrene de cauze variate (arteriopatii, diabet zaharat, embolii);

d) durere severă de cauză circulatorie;

e) tumori maligne;

f) infecție necontrolabilă terapeutic.

- Starea bontului: scurt; cu cicatrici vicioase; cu calus vicios; cu nevroame hiperalgice, cu leziuni trofice, fistule cronice; cu sechele complexe

- Compensarea deficitului funcțional prin protezare

- Nivelul amputației, la membrul sau membrele afectate

- Afecțiuni somatice sau neurologice severe care pot potența deficitul locomotor

SCOR ADL

Activitate	Descriere	Scor
Igienă corporală	Autonomie	2
	Ajutat parțial	1
	Dependent	0
Îmbrăcare	Autonomie	2
	Autonomie pentru îmbrăcare, dar ajutor pentru încălțare	1
	Dependent	0
Mersul la toaletă	Autonomie	2
	Ajutat	1
	Ajutat la pat	0

Continență sfincțteriană	Continent	2
	Incontinență ocazional	1
	Incontinent	0
Alimentația	Mănâncă singur	2
	Ajutat pentru tăiat cu cuțitul	1
	Dependent	0

Clasificare:

st. I 10 - autonomie;

st. II 8 - 10 - cvasiindependent;

st. III 3 - 8 - independență asistată;

st. IV 0 - 3 - dependență totală, necesită asistent personal.

	ACTIVITĂȚI - LIMITĂRI	PARTICIPARE - NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Orice activitate profesională fără limitări, cu excepția celor care solicită gestualitate fină, de precizie	Participare fără restricții Necesită schimbarea locului de muncă în cazul unor profesii (de exemplu: pianist, violonist ș.a.)
HANDICAP MEDIU	Orice profesie, cu excepția celor care solicită: - ortostatism și deplasări posturale prelungite; - bimanualitate.	Orientarea profesională spre un loc de muncă accesibil Formare și îndrumare profesională în funcție de vârsta persoanelor care și-au pierdut manualitatea, cu referire la muncile manuale - necalificate Asigurare cu proteze, orteze, proteze estetice diferențiate în vederea activării în viața socială fără restricții
HANDICAP ACCENTUAT	- Locuri de muncă fără solicitare fizică, fără deplasări și variante posturale sau/și gestuale, în funcție de deteriorările morfofuncționale NOTĂ: În elaborarea programelor de recuperare se vor avea în vedere: - localizarea și nivelul amputației; - cauzele care au produs-o; - eficiența protezării; - vârsta; - pregătirea generală și profesională - în funcție de care se recomandă: schimbarea locului de muncă sau formarea profesională pentru munci statice, accesibile handicapului postural sau/și de gestualitate.	Furnizare de mijloace protetice, de adaptare a utilajelor, reorganizarea muncii la nevoie Pentru deficienții locomotori posturali: În afara protezării adecvate și adaptării locului de muncă astfel încât să nu fie solicitată postura pe care nu o poate realiza, se recomandă facilitarea prin mijloace suplimentare de sprijin (scaune adaptate ergonomic) sau permiterea cu ușurință a modificărilor posturale impuse de muncă, prin balustrade sau mănere de sprijin. Transferul unor comenzi ale mașinii de la picior la mână sau automatizarea comenzilor respective Pentru persoanele cu deficiență fizică cu afectarea gestualității:

		Este posibilă, după caz, protezare sau ortezare, eventual proteze de muncă adaptate în raport cu secvențele muncii (pense, cârlige etc.), schimbarea lateralității și adaptări ale utilajului, de pildă transferul comenzilor de la o mână la alta sau de la mână la picior, schimbarea sistemului de pârghii ale comenzilor pentru scăderea efortului fizic.
HANDICAP GRAV	Idem handicap accentuat Pot desfășura activități profesionale la domiciliu sau la locuri de muncă adaptate. Ancheta socială are un rol major în stabilirea gradului de autonomie și a restantului funcțional, existând posibilitatea adaptării la proteze și a accesibilizării mediului, astfel încât să se realizeze autonom sau cu ajutor parțial, pentru perioade limitate ale zilei, activitățile de îngrijire și autoservire.	Idem handicap accentuat După protezare, adaptare la proteze/ortezate: - asigurarea de mijloace de deplasare pentru persoanele cu deficiență posturală (cârje sau cadru pentru cele cu amputații unilaterale, fotoliu rulant, cărucioare pentru cele cu amputații bilaterale); - asigurarea de mijloace de autoservire sau/și de muncă pentru cei cu pierderea bilaterală a gestualității; - sprijin total sau parțial pentru îngrijire și activitățile cotidiene, de autogospodărire. În funcție de rezultatul evaluării complexe, persoana poate fi încadrată în grad de handicap grav cu asistent personal, în situația în care are pierdută total capacitatea de autoservire, autoîngrijire și autogospodărire și necesită sprijin permanent, sau grav fără asistent personal, atunci când necesită sprijin parțial pentru unele activități cotidiene.

2. Afecțiuni ale sistemului nervos central și periferic*)

PARAMETRI FUNCȚIONALI	Examen neurologic Exame electroneurofiziologice ale sistemului nervos periferic și musculare - EMG, măsurarea vitezelor de conducere pe nervii periferici Eco Doppler extra- și transcranian al vaselor cervico-cerebrale CT, IRM cerebrală și spinală Examen oftalmologic (acuitate vizuală,	Se stabilesc în funcție de structura/structurile afectate.
-----------------------	---	--

		<p>câmpimetrie, fund de ochi) EEG Angiografie de vase cerebrale (aa. carotide, aa. vertebrale, a. bazilară, aa. intracraniene, sistemul venos intracranian) Ecocardiografie Scală de gradare a forței musculare (FMS)**) Evaluare neuropsihologică Glicemie, teste de coagulare, hemoleucogramă completă Scale de evaluare a autonomiei și funcționalității: ADL, IADL, SOS, index Barthel etc.***)</p>
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	<p>Deficit motor al unui membru inferior sau al ambelor membre inferioare, dar care nu afectează desfășurarea activităților vieții cotidiene sau profesionale; se deplasează cu ușoară dificultate pe distanțe lungi sau cu dificultate moderată pe distanțe scurte, dar fără sprijin, putând desfășura activități profesionale normale, în funcție de natura profesiei.</p> <p>Deficit motor la un membru superior care afectează moderat mobilitatea, gestualitatea și prehensiunea. Dificultăți de coordonare și de manipulație neinfluențate de deficitul motor. Se poate deplasa fără sprijin pe distanțe variabile, cu dificultate, cu oscilații (vezi criteriile de la afectarea funcției de coordonare).</p> <p>Se pot asocia tulburări de limbaj de tip afazic predominant expresive (motorii), de diferite forme clinice și intensități care permit o comunicare parțială și/sau tulburări neurocognitive ușoare/medii (MCI) constante - vezi cap. 1 - Funcțiile mentale și/sau tulburările de câmp vizual - vezi cap. 2 - Funcțiile senzoriale.</p>
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	<p>Deficiență locomotorie accentuată. Se poate deplasa sprijinit în baston (sprijin unilateral) sau nesprrijinit, dar cu mare dificultate. Nu poate realiza mersul normal, nici chiar pe distanțe scurte.</p> <p>Deficit motor total al unui membru superior ce afectează activitatea profesională și cea cotidiană, asociat cu afectare funcțională a celuilalt membru toracic sau a unui membru pelvin ori deficit motor bilateral moderat.</p> <p>Se pot asocia tulburări accentuate de coordonare: se deplasează cu sprijin unilateral sau nesprrijinit, dar cu mare greutate, cu bază de susținere lărgită, cu tendință la deviații în cazul asocierii unor tulburări vestibulare (vezi criteriile de la afectarea funcțiilor de coordonare).</p> <p>Se pot asocia tulburări de limbaj de tip afazic de</p>

		diferite forme clinice și intensități care permit o comunicare parțială și/sau tulburări neurocognitive severe constante - vezi cap. 1 - Funcțiile mentale și/sau tulburările de câmp vizual - vezi cap. 2 Funcțiile senzoriale.
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	Deficit grav de locomoție: - persoana nu se poate deplasa nici cu sprijin, nici fără sprijin, fiind dependentă de un mijloc de transport adecvat (fotoliu rulant, alte dispozitive) sau este imobilizată la pat; - nu își poate îndeplini activitățile vieții cotidiene, necesită adaptări și accesibilizări importante pentru îndeplinirea activității profesionale; - nu se poate autoservi decât cu sprijin total sau parțial din partea altei persoane. În funcție de etiologia afecțiunii, asociază sau nu tulburări neurocognitive, inclusiv sindroame demențiale ca formă extremă - vezi cap. 1 - Funcțiile mentale și tulburări de câmp vizual (de tip hemianopsie laterală homonimă, mai rar hemianopsie heteronimă bitemporală sau binazală sau dublă hemianopsie - care se manifestă ca și cecitate corticală sau subcorticală) - vezi cap. 2 - Funcțiile senzoriale.

*) Se referă la afectarea funcțiilor motorii asociată sau nu cu afectarea funcției senzitive, tulburări de limbaj, de câmp vizual, neurocognitive, din afecțiuni de etiologie variată:

- sechelele bolilor cerebrovasculare și în mod particular ale accidentelor vasculare cerebrale (în toate variantele etiopatologice);
- afecțiuni neurodegenerative (în mod particular Boala Alzheimer și Degenerescentele Fronto-Temporale), posttraumatice, postinfecțioase, posttumorale;
- malformații congenitale;
- sechelele după meningoencefalopatii infantile (paralizia cerebrală - cu mai multe forme anatomo-clinice);
- bolile prin tulburări de dezvoltare a sistemului nervos;
- bolile metabolice genetice ale sistemului nervos central și periferic (în mod particular leucodistrofiile și bolile lizozomale, bolile mitocondriale, aminoaciduriile etc.);
- neuropatii motorii cronice severe periferice, evidențiate EMG.

Aceste afecțiuni au implicații asupra staticii, mobilității și gestualității, coordonării și echilibrului, capacității neurocognitive, comunicării și orientării vizual-spațiale, datorate afectării sistemului nervos central sau/și periferic, manifestate clinic prin pareze (pierdere ușoară-medie a forței musculare, slăbiciune musculară), plegii (afectare severă cu pierderea contractilității), tulburări de coordonare, de limbaj (afazii) și/sau de vorbire (dizartrie/anartrie, difonie/afonie), tulburări senzoriale majore (tulburări de câmp vizual, de orientare spațială, de recunoaștere a propriei scheme corporale și a relației sale cu mediul înconjurător, tulburări severe proprioceptive însoțite de tulburări de coordonare a mișcărilor), tulburări neurocognitive de diferite intensități (având ca formă extremă sindroamele demențiale).

Se descriu următoarele afectări motorii:

- deficit motor al unui membru - monoplegie brahială sau crurală - întâlnit atât în leziuni ale sistemului nervos central, cât și periferic;

- deficit motor al unui membru superior și unui membru inferior, în marea majoritate a cazurilor (dar nu obligatoriu) de aceeași parte - hemiplegie - cauzată de leziuni localizate de regulă în sistemul nervos central, fiind asociată sau nu cu alte semne și simptome neurologice (simptome extrapiramidale, senzitive, cerebeloase, tulburări de limbaj, de vorbire, neurocognitive, de fonație, de deglutiție, crize epileptice, alte semne de suferință a trunchiului cerebral sau a măduvei spinării cervicale etc.);

- deficit motor al membrelor inferioare - paraplegie - poate să apară atât în leziunea neuronului motor central - cel mai frecvent în leziuni ale măduvei spinării, dar și hemisferice - parasagital bilateral sau la nivelul punții sau prin leziuni multiple (de exemplu, boala Little, paraplegia bătrânilor prin leziuni bilaterale etc.), cât și în leziunea neuronului motor periferic, precum în poliomielită sau diferite forme de polineuropatie sau mononeuropatii multiplex, determinând deficit asimetric sau simetric, asociate sau nu cu tulburări sfinceriene importante;

- deficit motor al tuturor membrelor - tetraplegie - determinat de leziuni de neuron motor periferic sau central, prin afectarea medulară sau de trunchi cerebral, precum în sindromul Guillain-Barre (demielinizare inflamatorie a rădăcinilor și nervilor periferici, cu afectare predominant a fibrelor motorii) sau în accidentele vasculare cerebrale repetate care produc hemiplegii bilaterale;

- deficit motor doar al ambelor membre superioare - diplegia/dipareză brahială - formă mult mai rară decât precedentele, determinată fie de leziuni în sistemul nervos central (de regulă pontine, mai rar în măduva cervicală), fie de leziuni în sistemul nervos periferic (mai frecvent în polineuropatia cauzată de porfirie, în polineuropatiile cronice inflamatorii demielinizante ș.a.);

- deficit motor a 3 membre - tripareze - forme rare, determinate de obicei de leziuni în măduva cervicală sau în unele neuropatii periferice sau în leziuni multiple în sistemul nervos central (mai frecvent în scleroza multiplă sau alte boli inflamatorii, tumorale sau vasculare neurologice).

**) Deficitul motor poate fi obiectivat prin determinarea scăderii forței musculare, conform scalei de gradare a forței musculare segmentare (FMS), asociată sau nu cu prezența atrofiilor musculare (atrofia severă apare când denervarea persistă săptămâni sau luni); în situații particulare deficitul muscular se poate însoți de pseudohipertrofii musculare (unele forme de distrofie musculară).

- 5/5 = FMS normală;

- 4/5 = opune rezistență;

- 3/5 = învinge gravitația;

- 2/5 = deplasează membrul în planul patului;

- 1/5 = contracție musculară voluntară fără deplasare de segment:

gr. I - nicio contracție;

gr. II - contracție minimă;

gr. III - contracție controlaterală.

Analizarea mișcărilor pasive oferă informații asupra alterării tonusului muscular, constatându-se astfel existența hipotoniei, spasticității sau rigidității.

Uneori, în mod particular în cazul neuropatiilor periferice și al bolilor musculare, este necesară utilizarea investigațiilor electroneurofiziologice (EMG - electromiografie, măsurarea vitezelor de conducere a nervilor periferici etc.) pentru a susține diagnosticul și a obiectiva

tipul și gradul de suferință morfofuncțională a nervilor periferici și mușchilor, traseul electromiografic putând lua un aspect neurogen sau miogen (în afecțiuni musculare).

***) SCALA DE INCAPACITATE BARTHEL

Măsoară performanțele pacientului în zece activități ale vieții cotidiene în funcție de ajutorul exterior necesar. Scorul maxim este de 100 de puncte și corespunde unei autonomii complete. Scorul de 60 de puncte semnifică "independența asistată", iar cel de 75 de puncte - cvasiindependența.

Activitate	Descriere	Scor
1. Alimentația	Independent: se poate servi de tacâmuri	10
	Are nevoie de ajutor pentru a tăia alimente	5
	Dependent	0
2. Baia	Independent: face baie fără ajutor	5
	Dependent	0
3. Toaleta personală	Își poate spăla fața, mâinile, dinții, își poate pieptăna părul, se poate bărbieri etc.	5
	Dependent	0
4. Îmbrăcatul	Independent: își poate pune hainele, le poate scoate, își poate înnoda șireturile	10
	Are nevoie de ajutor	5
	Dependent	0
5. Controlul intestinal	Fără probleme	10
	Probleme ocazionale	5
	Incontinență	0
6. Controlul vezical	Fără probleme	10
	Probleme ocazionale (maximum 1 episod de incontinență pe zi) sau are nevoie de sprijin în realizarea acestuia	5
	Incontinență	0
7. Transferul la toaletă	Independent pentru a merge la toaletă	10
	Are nevoie de ajutor în a merge la toaletă, dar se poate spăla singur	5
	Dependent	0
8. Transferul în pat sau fotoliu	Independent în deplasarea de la scaun spre pat	15
	Ajutor minim	10
	Ajutor maxim pentru transfer, dar este capabil să se așeze singur	5
	Dependent	0
9. Mersul	Independent - se poate deplasa singur 50 m	15
	Merge cu ajutorul unui dispozitiv/cu sprijinul unei persoane	10
	Utilizează singur fotoliul rulant	5
	Dependent	0
10. Urcatul scărilor	Independent în urcarea sau coborârea scărilor	10
	Are nevoie de ajutorul unui dispozitiv sau al unei persoane	5
	Dependent	0

ACTIVITĂȚI - LIMITĂRI

PARTICIPARE - NECESITĂȚI

HANDICAP MEDIU	Orice activitate profesională - loc de muncă fără suprasolicitare posturală, activități preponderent statice, fără deplasări posturale, fără suprasolicitare fizică și psihică, în condiții de confort organic, fără relații cu publicul, dacă sunt asociate tulburări de vorbire	Sprijin pentru asigurarea locului de muncă adecvat în vederea desfășurării activității cu program normal sau redus ori, dacă nu este posibil, schimbarea locului de muncă Monitorizare medico-socială
HANDICAP ACCENTUAT	În general nu pot presta activități profesionale cu solicitare fizică, datorită intensității afectării funcțiilor motorii sau/și de manipulație, coordonare, vorbire. În cazul deficitelor motorii de tip paraparetic, tetraparetic sunt posibile activități adaptate, cu solicitări fizice reduse, fără deplasări posturale, în condiții de confort organic.	Asigurare mijloace de deplasare (baston, cârje, cadru, temporar fotoliu rulant - în funcție de intensitatea deficitului motor la membrele superioare sau/și inferioare) Asigurare dispozitive de mers (orteze), în special pentru persoanele cu sechele după afectări de neuroni motori periferici Sprijin familial și comunitar (în funcție de caz și situație) pentru efectuarea unor activități cotidiene și de îngrijire
HANDICAP GRAV	Intensitatea afectării funcției motorii face imposibilă desfășurarea oricăror activități profesionale, activități cotidiene, de autoîngrijire, autogospodărire. În cazul persoanelor cu parapareze forte, paraplegii, fără afectarea funcțiilor intelectuale (în situații particulare), este posibil și indicat acces pentru prestarea profesiunilor cu pregătire superioară, activități legate de pregătirea intelectuală, în ritm liber, beneficiind de asistent personal.	În funcție de rezultatul evaluării complexe, persoana poate fi încadrată în grad de handicap grav cu asistent personal, în situația în care are pierdută total capacitatea de autoservire, autoîngrijire și autogospodărire și necesită sprijin permanent sau grav fără asistent personal, atunci când necesită sprijin parțial pentru unele activități cotidiene. Monitorizare medicală la domiciliu pentru recuperare (CFM) și pentru prevenirea leziunilor de decubit Asigurarea mijloacelor de transport adecvat (cărucioare - alte dispozitive) sau de mobilizare (fotoliu rulant) Pentru cei care sunt încadrați în muncă și folosesc fotoliul rulant sunt necesare accesibilizarea spațiului de lucru, precum și eliberarea căilor de acces pentru a permite persoanei cu handicap să ajungă la locul de muncă. Adaptarea accesului în instituțiile publice și în mijloacele de transport în comun

3. Evaluare grad de handicap în afecțiuni heredo-degenerative ale SNC cu afectare predominant motorie (altele decât cele care determină tulburări de control al comportamentului motor - v. cap. 7.V)

Se referă la boli degenerative și heredodegenerative ale SNC (boli genetice cu aspect anatomo-patologic de tip degenerativ):

a) sindroamele de ataxie progresivă (ataxiile spino-cerebeloase - boli genetice cu cel puțin 33 de variante cu transmitere mendeliană identificate până în prezent, cea mai frecventă fiind ataxia Friedreich; ataxiile cerebeloase corticale; ataxiile cerebeloase ereditare și sporadice asociate și cu alte manifestări neurologice);

b) sindroame cu deficit motor și atrofiile musculare neurogene lent progresive (scleroză laterală amiotrofică - SLA și variante înrudite, atrofiile musculare spinale progresive pure sau asociate și cu alte manifestări neurologice);

c) neuropatiile heredo-degenerative: senzorio-motorii (boala Charcot Marie-Tooth cu mai multe variante genetice, boala Dejerine-Sottas), pur sau predominant senzitive, pur ori predominant motorii, vegetative.

PARAMETRI FUNCȚIONALI		<p>- Tablou clinic, neuroelectrofiziologic (EMG și electroneurografie - cel puțin măsurarea vitezelor de conducere nervoasă), imagistic (IRM cerebrală și eventual spinală), caracteristic fiecărei entități (v. criteriile de diagnostic în Ghidurile de diagnostic și tratament în bolile neurologice) -</p> <p>Opțional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Testarea genetică pe baza suspiciunii clinice și neuroelectrofiziologice este mai specifică decât examenul anatomo-patologic pe biopsia de nerv și mușchi; de recomandat opțional dacă există posibilitatea efectuării în laboratoare specializate de neurogenetică. - Examen anatomo-patologic pe biopsia de nerv și mușchi (opțional, mai ales dacă nu se poate efectua testarea genetică specifică) - poate aduce informații utile și mai specifice uneori. - Examen cardiologic (clinic, electrocardiografic și echocardiografic) când există suspiciunea asocierii unei cardiomiopatii (mai ales în ataxiile spino-cerebeloase, în particular în unele variante de boala Friedreich) - Testarea funcției respiratorii (când, fie datorită afectării musculaturii respiratorii de către boala însăși - precum în SLA, fie din cauza deformărilor scheletului și mecanicii ventilatorii - mai ales în unele ataxii spinocerebeloase, unde poate să apară insuficiența respiratorie, semnificativă, cu risc vital în formele severe de boală) <p>Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</p>
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	<p>Mobilizare cu greutate;</p> <p>Scăderea performanțelor de ortostatism și mers prelungit;</p> <p>Scad precizia și viteza mișcărilor (afectarea medie a manipulației și gestualității).</p>
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	<p>Persoana se deplasează cu mare dificultate prin forța proprie, nesprijinit și cu sprijin.</p> <p>Nu poate efectua eficient gesturi profesionale, cele cotidiene sunt păstrate.</p>

		Dificultăți de respirație
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	În formele cu evoluție îndelungată care duc la: - deplasarea dificilă sau la imobilizare datorită atrofiilor musculare sau/și la - tulburări marcate de respirație - tulburări marcate de deglutiție - tulburări marcate de alimentație - imposibilitatea realizării activităților de autoîngrijire și autogospodărire

4. Afecțiuni inflamatorii demielinizante ale sistemului nervos central*)

PARAMETRI FUNCȚIONALI		- Examen neurologic**); - Examen IRM cerebral (obligatoriu) și uneori spinal (mai ales segmentul cervical)**); - Examen oftalmologic (AV, câmpimetrie, FO); - PEV (potențiale evocate vizuale); - Benzi oligoclonale de imunoglobuline G în LCR; - Index IgG LCR/ser (facultativ); - CT (facultativ, doar dacă nu se poate face examen IRM; valoare diagnostică mică în aceste afecțiuni); - Scala EDSS (Expanded Disability Status Scale)**); - Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	În formele clinice cu perioade de remisiune, cu tulburări ușoare și medii de mers - deplasare posibilă fără sprijin, cu menținerea: - sindromului piramidal, - sindromului vestibular, - sindromului cerebelos Parametrii funcționali confirmă afecțiunea demielinizantă (modificări FO, PEV, diplopie, ENG, RMN, CT, ImG în sânge și LCR) - Scor EDSS < 4
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	În formele clinice cu evoluție progresivă sau cu pusee acute frecvente: - tulburări accentuate de mers, mers dificil, uneori cu sprijin unilateral; - tulburări de echilibru; - tulburări de coordonare; - tulburări de manipulație; sindromul piramidal tip paretic; cerebello-vestibular; - tulburări vizuale (diplopie, modificări CV); - tulburări de sensibilitate. - Scor EDSS = 4 - 6
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	În formele cu evoluție continuă care conduc la pierderea autonomiei locomotorii, făcând dependentă persoana de o altă persoană (parțial sau total), datorită: a. sindromului piramidal variat: - hemiplegie dreapta/stânga; - paraplegie-parapareză accentuată; - tetrapareză-tetraplegie; b. sindromului vestibulo-cerebelos cu tulburări de statică și echilibru grave. - Scor EDSS > 6

*) Se referă la scleroza multiplă (sinonime: scleroză în plăci, leuconevraxită) și alte afecțiuni inflamator-demielinizante ale sistemului nervos central, dar care sunt entități

patologice și clinice definite diferite de scleroză multiplă: boala Devic (neurooftalmomielite), encefalomielopatia diseminată acută (cu episoade unice sau multiple), encefalopatia periaxială difuză (boala Schilder).

Scleroza multiplă este o afecțiune neurologică cronică, generată de un proces difuz inflamator în sistemul nervos central asociat cu focare de demielinizare degenerescență axonală cronică și continuă, având drept consecință întreruperea fluxului impulsurilor nervoase pe căile cu focare de demielinizare, precum și atrofia cerebrală și spinală cronică progresivă prin neurodegenerare care afectează sistemul nervos central (creierul, măduva spinării și nervii optici). Fenomenele neurodegenerative din scleroza multiplă sunt ireversibile și reprezintă cauza majoră a invalidării acestor bolnavi (dizabilitate și handicap). Scleroza multiplă poate provoca dificultăți în forță și controlul activității motorii, tulburări de vedere, de echilibru, ale sensibilității, tulburări sfincteriene și alte tulburări vegetative, tulburări ale funcțiilor neurocognitive și mentale.

***) Examen neurologic complet cu precizarea formei de evoluție și a sindroamelor afectate, respectiv sindromul pur sau combinate.

Diagnosticul pozitiv se susține pe:

- simptome și tulburări tranzitorii ca: nevrita optică retrobulbară, oftalmopareze, deficite piramidale sau de sensibilitate, tulburări cerebeloase, ataxie spinală, sindroame medulare acute, alte semne și simptome de trunchi cerebral, afectarea altor nervi cranieni, combinații de semne subiective și obiective;

- diagnosticul trebuie să cuprindă forma clinică de evoluție și sindroamele respective (combinat sau pure).

Forme clinice:

- forma cu recăderi și remisiuni
- forma primar progresivă
- forma secundar progresivă
- forma progresivă cu recăderi

Scala Kurtzke extinsă a dizabilității (EDSS)*, **)

- 0.0 - Examen neurologic normal (0 la toate scorurile funcționale)
- 1.0 - Fără dizabilitate, semne minime la un scor funcțional (adică gradul 1)
- 1.5 - Fără dizabilitate, semne minime la unul sau mai multe scoruri funcționale (mai mult de un scor funcțional de 1)
- 2.0 - Dizabilitate minimă la un scor funcțional (un scor funcțional de grad 2, celelalte 0 sau 1)
- 2.5 - Dizabilitate minimă la două scoruri funcționale (două scoruri cu gradul 2, celelalte cu grad 0 sau 1)
- 3.0 - Dizabilitate moderată la un scor funcțional (un scor cu gradul 3, celelalte de 0 sau 1) sau dizabilitate minimă la 3 sau 4 scoruri funcționale (3 sau 4 scoruri de 2, celelalte de 0 sau 1), ambulație normală
- 3.5 - Ambulație normală, dar cu dizabilitate moderată la un scor funcțional (grad 3) și sau două grade funcționale cu grad 2; sau două scoruri funcționale de grad 3 (cu celelalte scoruri cu grad 0 sau 1) sau 5 scoruri funcționale cu grad 2 (celelalte scoruri cu grad 0 sau 1)
- 4.0 - Ambulație normală fără ajutor, independent și activ 12 ore pe zi, în ciuda dizabilității severe ce constă într-un scor funcțional cu grad 4 (celelalte cu grad 0 sau 1) sau

combinații de grad mai mic, dar care depășesc limitele scorului anterior, capabil să se deplaseze fără repaus mai mult de 500 de metri

- 4.5 - Ambulație normală fără ajutor, independent mare parte din zi, capabil să muncească conform unui program normal de muncă, dar cu limitarea activităților zilnice sau necesită minim ajutor, caracterizat printr-o dizabilitate severă ce constă într-un scor funcțional de grad 4 (celelalte de 1) sau combinații de grad mai mic, dar care depășesc limitele scorurilor anterioare, capabil să se deplaseze fără ajutor 300 de metri

- 5.0 - Ambulație păstrată fără ajutor sau repaus pentru 200 de metri, dizabilitate destul de severă astfel încât să afecteze toate activitățile cotidiene (capabil încă să lucreze toată ziua fără măsuri speciale) (de obicei, echivalentele pe scorurile funcționale sunt de grad 5 la un scor funcțional, celelalte fiind de 0 sau 1, sau combinații de grade mai mici, dar care depășesc specificațiile de la scorul 4.0)

- 5.5 - Se deplasează fără ajutor 100 metri, dizabilitate severă astfel încât să afecteze activitățile cotidiene (echivalentele scorurilor funcționale sunt de grad 5 la un scor, celelalte de 0 sau 1 sau combinații de grad mai mic, dar care le depășesc pe cele de la scorul 4.0)

- 6.0 - Necesită intermitent și constant unilateral asistență (baston, cârjă) pentru a se deplasa 100 de metri cu sau fără repaus (echivalentele de scor sunt combinații de scoruri cu mai mult de 2 scoruri cu grad de cel puțin 3)

- 6.5 - Asistență bilaterală constantă la mers pentru a se deplasa 20 de metri fără repaus (echivalentele de scor sunt, de obicei, combinații cu două sau mai multe scoruri cu grad de cel puțin 3)

- 7.0 - Incapabil să se deplaseze mai mult de 5 metri chiar și cu ajutor, în mare parte din timp în cărucior, se poate deplasa singur cu scaunul cu roțile și se poate transfera singur, poate sta în picioare și stă în cărucior aproximativ 12 ore pe zi (echivalentele de scor sunt combinații cu mai mult de un scor cu grad mai mare de 4, foarte rar un scor piramidal de 5 izolat)

- 7.5 - Nu este capabil să facă mai mult de câțiva pași, stă în cărucior, are nevoie de ajutor pentru transfer, se deplasează singur cu căruciorul, dar nu toată ziua; poate necesita un scaun motorizat (echivalentele de scor sunt combinații cu cel puțin un scor de grad minimum 4)

- 8.0 - Restricționat la planul patului sau în cărucior sau deplasat de altă persoană într-un scaun cu rotile, își păstrează majoritatea capacităților de autoîngrijire, funcțiile mâinilor fiind bune (echivalentele de scor fiind combinații de scor cu grad de minimum 4 în mai multe sisteme)

- 8.5 - Restricționat la planul patului marea majoritate a zilei, poate utiliza mâinile, își păstrează unele funcții de autoîngrijire (echivalentele de scor sunt combinații de mai multe scoruri funcționale cu grad de cel puțin 4)

- 9.0 - Pacient imobilizat la planul patului, poate comunica și înghiți (echivalentele de scor sunt combinații la marea majoritate a sistemelor funcționale de grad minimum 4)

- 9.5 - Pacient complet imobilizat la planul patului, incapabil să comunice eficient și incapabil să mănânce sau înghiți (echivalentele de scor sunt combinații de grad cel puțin 4)

- 10.0 - Deces datorită sclerozei multiple

Scorurile funcționale se referă la examinarea următoarelor funcții: piramidală, cerebeloasă, ale trunchiului cerebral, senzitivă, vizuală, ale tractului gastrointestinal și vezicii urinare, mentală (dispoziția și funcțiile neurocognitive)

Scorurile EDSS de la 1.0 la 4.5 se referă la pacienți care sunt capabili să se deplaseze și scorul total este definit de scorurile funcționale. În cazul scorurilor EDSS între 5 și 9.5, pacienții au dificultăți de deplasare și sunt conferite echivalențe ale scorurilor funcționale).

	ACTIVITĂȚI - LIMITĂRI	PARTICIPARE - NECESITĂȚI
HANDICAP MEDIU	Activități cu program normal sau redus, cu solicitări mici sau medii, fără ritm impus, care nu solicită mișcări de precizie și rapide din partea membrilor superioare și inferioare, într-un microclimat de confort organic.	Participare cu condiția asigurării unor locuri de muncă fără solicitări fizice mari, deplasări posturale prelungite și gestualitate rapidă și de precizie Monitorizare permanentă pentru prelungirea duratei remisiunii și pentru prevenirea apariției puseelor acute
HANDICAP ACCENTUAT	În general, intensitatea tulburărilor funcționale limitează prestarea oricărei activități profesionale organizate. Pot, eventual, efectua activități de colaborare în ritm liber, cu efect psihoterapeutic. Este conservată capacitatea de autoîngrijire.	Pentru persoanele cu pregătire superioară: sprijin pentru efectuarea unor activități de colaborare în funcție de posibilitățile psiho-fizice și de suportul familial Sprijin pentru obținerea mijloacelor de deplasare (baston, cârje, scaun rulant ș.a.), parțial pentru activitățile de autoîngrijire și autogospodărire și pentru monitorizarea medico-socială
HANDICAP GRAV	În general, datorită intensității tulburărilor de postură, de mers, gestualitate sau/și de vedere, nu pot presta activitate profesională. Capacitatea de autoservire parțial/total afectată; Capacitatea de mobilizare: de la mers cu sprijin bilateral prin forțe proprii, până la imobilizare Limitarea gestualității până la imposibilitatea executării unor mișcări cu membrul respectiv Afectarea vederii până la cecitate relativă și absolută	În funcție de rezultatul evaluării complexe, persoana poate fi încadrată în grad de handicap grav cu asistent personal, în situația în care are pierdută total capacitatea de autoservire, autoîngrijire și autogospodărire și necesită sprijin permanent, sau grav fără asistent personal, atunci când necesită sprijin parțial pentru unele activități cotidiene. Asigurarea de mijloace de mobilizare (cadru, fotoliu rulant, cărucior) pentru deplasare în cadrul locuinței Dispensarizarea medicală (la domiciliu sau, când este necesar, la serviciul de specialitate)

IV. EVALUAREA PERSOANELOR CU AFECȚIUNI MUSCULARE PENTRU ÎNCADRAREA ÎNTR-UN GRAD DE HANDICAP*)

*) Se referă la:

1. Miopatii infecțioase și inflamatorii: parazitare, virale, fungice, primare idiopatice (polimiozite, dermatomiozite), secundare (în boli de colagen, paraneoplazice), miopatia cu incluzii, alte miopatii inflamatorii (mai rare).

2. Distrofiile musculare progresive (DMP) cu fenotipuri relativ specifice diferite (cel puțin 21 forme genetice cu transmitere mendeliană identificate până în prezent, cele mai multe autozomale - dominante sau recesive, dar și legate de cromozomul X - în această din urmă categorie se încadrează și fenotipurile clasice Duchenne și Becker). Distrofia miotonică (cu două forme: DM1 - forma clasică a distrofiei miotonice Steinert și DM2) face parte tot din această categorie de boli.

3. Miopatii metabolice (boli enzimatică: în glicogenoze, boli ale metabolismului lipidic; în boli endocrine: tiroidiene, corticosteroide, paratiroidiene și deficit de vitamină D, pituitare) și toxice (medicamentoase, alte toxice).

4. Anomalii și malformații musculare congenitale, dacă împiedică statica și locomoția (de exemplu, hipertrofii, redori, refracții musculare mutilante).

5. Boli ale joncțiunii neuromusculare: miastenia gravis (mai multe forme etiologice și imunologice identificate) și sindroamele miastenice (endocrine, paraneoplazice, medicamentoase, determinate de neurotoxine din mediul înconjurător).

6. Canalopatii: de clor, de sodiu, de calciu, de potasiu care afectează fibrele musculare (paraliziile periodice diselectrolitice, miotoniile ereditare non-distrofice - Thomsen, Becker, paramiotonia congenitală Eulenburg și altele).

1. Evaluare grad de handicap în distrofiile musculare progresive (DMP)

PARAMETRI FUNCȚIONALI		<p>Examen neurologic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deficit motor în funcție de forma clinico-genetică; indiferent dacă debutul este distal sau proximal, afectarea grupelor musculare se generalizează <p>Deficitul motor are ca expresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - amiotrofii progresive simetrice; - retracții tendinoase; - ROT vii. <p>Paraclinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - creșterea activității unor enzime glicolitice (de exemplu, LDH); - biopsia musculară este sugestivă, evidențiază modificări de tip miogen; - EMG: <ul style="list-style-type: none"> - absența activității bioelectrice spontane; - diminuarea amplitudinii maxime a traseelor; - reducerea duratei medii a potențialelor; - testare genetică (opțional). <p>Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</p>
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	Deplasarea cu dificultate prin scăderea performanței de ortostatism și mers prelungit și prin tulburări de precizie și viteză a mișcărilor
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	Deplasare cu mare dificultate prin forța proprie, nesrijinit și cu sprijin Dificultatea efectuării aproape a oricărei gestualități profesionale Dificultăți de respirație
DEFICIENȚĂ	HANDICAP	Persoană nedeplasabilă prin forța proprie

GRAVĂ	GRAV	Tulburări de gestualitate bilateral Pierderea totală sau parțială a capacității de autoservire Tulburări mari de deglutiție și respirație
-------	------	---

2. Evaluare grad de handicap în miotonii*)

*) Sunt caracterizate printr-o lentoare a relaxării musculare după contracție voluntară, fenomenul diminuând progresiv după repetarea contracției voluntare (fenomen de încălzire).

PARAMETRI FUNCȚIONALI		<p>În miotoniile din canalopatii:</p> <p>Examen clinic neurologic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - distribuția fenomenului mitotonic la flexorii degetelor, mușchii policelui, a musculaturii orbiculare, pleoape și pe parcursul evoluției; în unele forme pot fi prezente hipertrofiile musculare difuze la toate grupele musculare, cu predominanță la membrele inferioare (aspect halterofil). <p>Examen paraclinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - EMG: creșterea progresivă a amplitudinii potențialelor cu o frecvență de 40/50 cicli/sec. (criteriul patognomonic = fenomen de încălzire). <p>În distrofia miotonică DM1 - tip Steinert:</p> <p>Examen clinic neurologic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - amiotrofii musculare distale la membrele superioare și inferioare; - mușchii fonatori, cu modificarea vocii; - mușchiul cardiac; - atrofie gonadică. <p>În distrofia miotonică DM2 - deficitul motor este proximal și nu se însoțește de atrofii musculare semnificative; cataracta apare mai precoce decât în varianta DM1.</p> <p>Examene paraclinice:</p> <p>Examen anatomo-patologic (inclusiv histoenzimologic) în microscopia optică, microscopia electronică pe biopsia de mușchi evidențiază modificări de detaliu specifice</p> <p>Testare genetică (opțional)</p> <ul style="list-style-type: none"> - microscopia electronică evidențiază afectarea arhitecturii miofibrilelor, care apar șterse; - microscopia optică evidențiază alternanța de fibre musculare atrofiate cu fibre hipertrofiate, dezorganizarea miofibrilelor. <p>EMG - descărcări spontane repetitive, în salve, asociate cu modificări ale unității motorii de tip miopatic</p> <p>Enzimograma serică (LDH, FCK, TGO, TGP sunt scăzute sau normale)</p> <p>Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</p>
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	<p>Scăderea forței musculare distale la membrele superioare</p> <p>Oboseală precoce</p> <p>Scăderea forței și vitezei de executare a mișcărilor</p> <p>Scăderea capacității fizice de prestație la efort, manipularea de greutate</p>
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	<p>Deplasare cu dificultate</p> <p>Tulburări de manipulație și gestualitate bilateral</p>

		Tulburări de vedere și de vorbire
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	În formele clinice cu evoluție îndelungată care conduc la deplasarea dificilă sau la imobilizare din cauza atrofiilor musculare marcate, cu tulburări respiratorii, tulburări de deglutiție, fonație, alimentație

3. Evaluare grad de handicap în miopatiile infecțioase și inflamatorii*)

*) Se caracterizează printr-o simptomatologie dureroasă cu traseu EMG polimorf și leziuni musculare de tip inflamator.

PARAMETRI FUNCȚIONALI		EMG = caracterizată printr-un traseu constând din activitate bioelectrică spontană reprezentată de potențiale de fibrilație, potențiale polifazice care apar la contracții voluntare, activitate repetitivă cu frecvență rapidă, evocate de stimularea mecanică a mușchilor. AP: aspect histologic sugestiv pentru modificări inflamatorii, eventual asociate cu modificări de tip miopatic.
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	Criterii de încadrare în grad de handicap asemănătoare cu cele din distrofiile musculare progresive, cu precizarea că evoluția poate fi ondulantă, cu agravări și remisiuni spontane și terapeutice, în funcție de etiologie.
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	

4. Evaluare grad de handicap în miastenia gravis și sindroamele miastenice*)

*) Sunt boli ale joncțiunii sinapsei neuromusculare, cel mai adesea de cauză imunitară, care se caracterizează prin oboseală excesivă și defect al musculaturii striate ce apare la efort și se recuperează, parțial sau total în repaos și sub acțiunea unor substanțe anticolinesterazice.

PARAMETRI FUNCȚIONALI		Clinic: Este o boală autoimună, cu manifestări clinice variate: oculare, bulbare, la nivelul membrelor, trunchiului și mușchilor respiratori, mergând până la atrofie musculară. Simptomele oculare sunt cele mai frecvente manifestări ale miasteniei gravis. NOTĂ: La încadrarea în grad de handicap trebuie să se țină seama de intensitatea deficitului miastenic, care se poate manifesta prin: A. Afectare oculară: diplopia oculară (orizontală, verticală sau diagonală), strabism, ptoza palpebrală. B. Afectarea bulbară: la debutul bolii presupune dificultăți de vorbire, manifestate prin voce nazonată sau dificultate în articularea cuvintelor, disartria care poate fi însoțită de dificultăți de deglutiție și masticație. Se poate asocia cu slăbiciunea musculaturii gâtului. Corelată cu severitatea disfagiei este pierderea în greutate (cca 5 - 10 kg cu 3 - 6 luni înaintea stabilirii
-----------------------	--	--

diagnosticului). O caracteristică clasică este "rânjetul miastenic" sau râsul vertical în cazul atingerii musculaturii faciale.

C. Slăbiciunea la nivelul membrelor inferioare conduce frecvent la căderi bruște, iar diagnosticul este luat în discuție după o cădere pe scări.

La nivelul membrelor sunt afectate în principal musculatura umerilor, musculatura antebrăzului (extensorii degetelor), mușchii extensori ai piciorului, acești pacienți prezentând Ac anti-MuSK. Durerea musculaturii spatelui și centurilor apare la anumiți pacienți, fiind explicată prin insuficiența mușchilor posturali, care dispare după repaus sau tratament specific.

Slăbiciunea mușchilor respiratori și a altor mușchi ai trunchiului este rar primul semn izolat al bolii, dar poate fi prima manifestare care aduce pacientul la medic.

Afectarea respiratorie, exprimată prin dispnee, este obiectivată prin reducerea capacității vitale (CV).

D. Atrofia musculară localizată (de exemplu: atrofia linguală)

E. Afectarea cognitivă presupune un sindrom cerebral organic cu anomalii ale atenției vizuale și ale timpului de reacție.

Gradul de handicap se evaluează în funcție de intensitatea deficiențelor funcționale, după criteriile prezentate pentru afectarea funcțiilor respective, reversibilitatea și rezistența la tratamentul medicamentos specific.

Clasificarea clinică Osserman

Propunem clasificarea clinică MGFA (Fundația Americană pentru Miastenia Gravis)

Paraclinic:

- testul după repaus sau testul pungii cu gheață sau testul cu tensilon;

Testul cu tensilon (clorură de edrofoniu) este considerat test de bază pentru diagnosticul miasteniei oculare în cabinetul medical;

- proba de efort, care evidențiază deficitul motor;

- EMG/Electromiografia de fibră unică (SF-EMG);

- Stimulare nervoasă repetitivă (RNS);

- determinări Ac anti AChR în ser/Ac anti MuSK în ser;

- Examen CT sau IRM (de preferat) al mediastinului anterior pentru vizualizarea timusului;

- Investigații specifice etiologice în cazul suspiciunii de sindrom miastenic secundar

- Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.

DEFICIENȚĂ
UȘOARĂ

HANDICAP
UȘOR

Clasa I

Orice slăbiciune a musculaturii oculare (poate exista slăbiciune la închiderea ochiului)

Forța tuturor celorlalți mușchi este normală.

Clasa II

Slăbiciune ușoară care afectează mușchii, alții decât cei oculari (poate exista slăbiciune musculară oculară în orice grad de severitate)

IIa. Cu afectare predominantă a membrelor și/sau a musculaturii axiale, cu implicare mai ușoară a musculaturii orofaringiene

IIb. Cu afectare predominantă a musculaturii orofaringiene și/sau respiratorii, cu afectare mai

		mică sau egală a membrelor și/sau a musculaturii axiale
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	Clasa III Slăbiciune moderată care afectează mușchii, alții decât cei oculari, poate exista slăbiciune musculară oculară, în orice grad de severitate IIIa. Cu afectare predominantă a membrelor și/sau musculaturii axiale, cu implicare mai ușoară a musculaturii orofaringiene IIIb. Cu afectare predominantă a musculaturii orofaringiene și/sau respiratorii, cu afectare mai mică sau egală a membrelor și/sau a musculaturii axiale
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	Clasa IV Slăbiciune severă care afectează mușchii, alții decât cei oculari, poate exista o slăbiciune musculară oculară în orice grad de severitate. IVa. Cu afectarea predominantă a membrelor și/sau a musculaturii axiale, cu implicare mai ușoară a musculaturii orofaringiene
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	Clasa IV Slăbiciune severă care afectează mușchii, alții decât cei oculari, poate exista o slăbiciune musculară oculară în orice grad de severitate IVb. Cu afectarea predominantă a musculaturii orofaringiene și/sau respiratorii, cu afectare mai mică sau egală a membrelor și/sau a musculaturii axiale Clasa V Definită prin necesitatea intubației, cu/fără ventilație mecanică, cu excepția cazurilor unde aceasta este folosită pentru tratamentul postoperator de rutină. Alimentarea pe tub fără intubare plasează pacientul în clasa IVb.

5. Evaluare grad de handicap în malformații musculare*)

*) Se referă la persoane cu anomalii și malformații congenitale sau contractate precoce (copilărie - adolescență), de exemplu: hipertrofii, redori, refracții musculare mutilante, care împiedică statica și locomoția.

PARAMETRI FUNCȚIONALI		Teste biometrice și musculare Dinamometrie pentru aprecierea forței musculare - în funcție de localizare și tipul de sechelă Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	Încadrarea în grad de handicap se realizează în funcție de limitarea sau pierderea capacității de realizare a staticii, mobilității sau/și a gestualității.
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	Evaluare în conformitate cu criteriile stabilite pentru persoanele cu miopatii.
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	
	ACTIVITĂȚI - LIMITĂRI	PARTICIPARE - NECESITĂȚI

HANDICAP MEDIU	Orice activitate profesională cu evitarea celor care necesită mișcări cu viteză și precizie și deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activitățile care impun finețe, repere mici, ritm impus.	Sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă
HANDICAP ACCENTUAT	Activități cu efort fizic neînsemnat, în postură predominant șezând, care nu necesită finețe, viteză, complexitate și alternanță gestuală. De exemplu: munci de birou pentru cei cu pregătire superioară sau medie.	Participare în cazul asigurării unui loc de muncă accesibil, fără efort fizic de intensitate mare și medie, ortostatism prelungit, deplasări posturale, care să necesite suprasolicitare gestuală Recomandare de evitare a eforturilor fizice mari. Adaptarea locului de muncă prin utilizarea sistemelor mecanice de manipulare a greutăților, montarea sistemelor de susținere a mâinii pentru a evita oboseala musculară.
HANDICAP GRAV	Au pierdută total sau parțial capacitatea de autoservire, autogospodărire și autoîngrijire.	În funcție de rezultatul evaluării complexe, persoana poate fi încadrată în grad de handicap grav cu asistent personal, în situația în care are pierdută total capacitatea de autoservire, autoîngrijire și autogospodărire și necesită sprijin permanent sau grav fără asistent personal, atunci când necesită sprijin parțial pentru unele activități cotidiene. Sprijin pentru asigurarea unor mijloace de deplasare (cadru, fotoliu rulant, cărucior)

V. EVALUAREA PERSOANELOR CU AFECTAREA FUNCȚIILOR DE CONTROL AL COMPORTAMENTULUI MOTOR ÎN VEDEREA ÎNCADRĂRII ÎN GRAD DE HANDICAP

Cele mai multe afecțiuni cuprinse în acest capitol se referă la boli determinate de leziuni de orice etiologie (neurodegenerative, neurochimice - disfuncție sinaptică, vasculară, metabolică, inflamatorie, demielinizantă, tumorală, infecțioasă, imunologică ș.a.) care produc disfuncții sinaptice/leziuni la nivelul ganglionilor bazali (putamen, nc. caudat, globus pallidus, nuclei talamici, nc. subtalamic, substanță neagră mezencefalică) și circuitelor lor cortico-subcorticale și cu alte structuri din trunchiul cerebral și cerebel. Există un foarte mare număr de astfel de afecțiuni, dintre care cel mai frecvent întâlnite în populația generală sunt cele de mai jos.

*) Nu sunt excluse din acest capitol afecțiunile neurologice mai rare care corespund descrierii de mai sus, dar care produc tulburări clinice semnificative invalidante.

a) Sindroamele extrapiramidale, de cauze diverse: neurodegenerative, metabolice, postencefalitice, vasculare, medicamentoase, toxice, tumorale ș.a. Cele mai frecvente sunt de tip neurodegenerativ și se încadrează în sindroamele de "parkinsonism atipic" (boală difuză cu corpi Lewy, atrofia multisistem, paralizia supranucleară progresivă, degenerescență corticobazală ș.a.) adesea asociate și cu alte boli neurodegenerative (SLA, degenerescențe fronto-temporale, boala Alzheimer); cauza vasculară este de asemenea relativ frecvent întâlnită.

b) Boala Parkinson - a doua boală neurodegenerativă ca frecvență în populația generală; 16 forme cunoscute în prezent ca având determinism genetic de tip mendelian, marea majoritate având un caracter sporadic (b. Parkinson idiopatică). Se manifestă clinic prin semne și simptome motorii care în timp pot deveni foarte invalidante, producând handicap major, și semne și simptome nonmotorii: tulburări de somn, neurocognitive - cu formă extremă demență din boala Parkinson, vegetative, psihiatrice (afective, psihotice), senzitive, hiposmie, fatigabilitate ș.a. Simptomatologia nonmotorie poate contribui la accentuarea sau determinarea invalidității produse de boală, mai ales în stadiile avansate de boală. Tratatamentul actual este simptomatic (medical și/sau chirurgical) - bazat pe stimularea dopaminergică în SNC, dar care produce o serie de efecte secundare uneori invalidante ele însele.

c) Boala Huntington - boală genetică ereditară cu transmisie mendeliană de tip autozomal dominant cu penetranță mare, cu debut clinic de regulă în decadele a 3-a - a 4-a, ceea ce nu exclude posibilitatea debutului și la vârste mai tinere (b. Huntington - forma juvenilă) sau mai înaintate.

Tulburări clinice progresive cu debut insidios și agravare cronic progresivă și ireversibilă, manifestate în plan motor, neurocognitiv și comportamental; manifestările motorii se caracterizează prin mișcări coreo-atetozice, distonice și tulburări de tonus muscular (cel mai caracteristic de tip hipotonie, dar în formele juvenile, precum și în stadiile avansate ale bolii sunt de tip rigiditate) care invalidează progresiv până la imobilizare definitivă la pat; tulburările neurocognitive se însoțesc de regulă de tulburări depresive (uneori cu risc de suicid) și tulburări comportamentale, au o evoluție progresivă până la stadiul de severă.

d) Boala Wilson - degenerescență hepato-lenticulară (sindromul de panstriat cu ataxie, coreo-atetoză cu afectarea posturii și gestualității).

Afecțiune metabolică cu determinare genetică cu transmitere mendeliană de tip autozomal-recesiv, caracterizată prin acumularea de cupru în SNC, ficat, cornee, rinichi, cord, pancreas și alte țesuturi. Leziunile neurologice determină tulburări severe și invalidante de control al comportamentului motor cu rigiditate, tremor important accentuat la mișcările voluntare (tremor de acțiune), distonii severe care în cazuri grave determină posturi distonice grave, distorsionante extrem de dureroase.

e) Sindromul Prader-Willi (SPW) - disfuncție neuro-comportamentală care rezultă din anomalia cromozomului 15.SPW determină în mod caracteristic tonus muscular scăzut, statură mică, dacă nu este tratată cu hormoni de creștere, deficiențe cognitive, dezvoltare sexuală incompletă, tulburări de comportament, senzație cronică de foame, care, cuplată cu un metabolism cu consum mai puțin de calorii decât cel normal, poate duce la alimentație excesivă și obezitate.

La naștere copilul prezintă greutate mică față de durata gestației, hipotonie, dificultate la supt din cauza musculaturii slabe ("eșec în dezvoltare corespunzătoare"). În al doilea stadiu

("dezvoltare exagerată") cu început între vârsta de 2 - 3 ani apare apetit crescut, tulburări în controlul greutății, întârzierea dezvoltării motorii și tulburări de comportament.

Pentru diagnosticarea Sindromului Prader Willi există criterii minore și majore, iar diagnosticul clinic se stabilește pentru copiii sub 3 ani, când scorul clinic este de 5 puncte, dintre care 4 trebuie să fie aduse de criteriile majore.

Pentru indivizii mai mari de 3 ani sunt necesare 8 puncte pentru diagnostic, dintre care cel puțin 5 trebuie să fie contribuția criteriilor majore.

a) Diagnosticul clinic

Criteriile de diagnostic clinic ale sindromului Prader-Willi au fost stabilite în 1993 (Holm și colab., 1993) și s-au dovedit a fi corecte (Gunay-Aygun și colab. 2001).

Tabelul 3. Criteriile de diagnostic ale lui Holm (1993)

<p>Criterii majore 1c = 1p</p>	<p>1. Hipotonie în perioada de nou-născut și sugar cu supt deficitar, care scade în intensitate cu vârsta; 2. Dificultăți de alimentare și creștere în greutate deficitară în perioada de sugar, necesitând alimentare asistată. 3. Debutul creșterii bruște în greutate între vârsta de 12 luni și 6 ani, determinând în general obezitate centrală. 4. Hiperfagie. 5. Trăsături faciale caracteristice: dolicocefalie în perioada de sugar, diametrul bifrontal îngust, fante palpebrale migdalate, gură mică cu buză superioară subțire, comisuri bucale coborâte (mai mult de 3). 6. Hipogonadism, dependent de vârstă și sex, manifestat astfel (oricare din elemente): - hipoplazie genitală: labii mici și clitorisul de dimensiuni reduse la fetițe, scrot hipoplazic, micropenis și criptorhidie la băieți; - pubertate întârziată (după 16 ani) și incomplet instalată, infertilitate. 7. Dezvoltare întârziată/retard mintal ușor sau moderat/dificultăți de învățare</p>
<p>Criterii minore 1c = 1/2 p</p>	<p>1. Mișcări fetale reduse și letargie infantilă care se îmbunătățesc cu vârsta. 2. Comportament specific, incluzând crize istericale, reacții violente, încăpățănare, atitudine manipulatoare și tendințe obsesiv-compulsive, opoziție, rigiditate, posesivitate, furt, minciună (cel puțin 5). 3. Perturbări ale somnului/apnee de somn. 4. Statură mai scundă decât membrii familiei până la vârsta de 15 ani. 5. Hipopigmentarea pielii. 6. Mâini și picioare mici în comparație cu înălțimea vârstei. 7. Mâini înguste, lipsind incizura ulnară. 8. Strabism convergent și miopie. 9. Salivă vâscoasă. 10. Dificultăți în articularea cuvintelor. 11. Ciupire compulsivă a pielii.</p>
<p>Semne adiționale</p>	<p>a) Prag crescut la durere; b) Reflex de vomă diminuat; c) Scolioză sau cifoază; d) Adrenarhă precoce; e) Osteoporoză;</p>

- f) Abilități excesive de a rezolva puzzle;
- g) Evaluări neuromusculare normale (biopsie musculară, EMG)

Criteriile majore sunt notate cu un punct, iar cele minore cu jumătate de punct.

b) Diagnosticul genetic în sindromul Prader-Willi este făcut de ani de zile în Timișoara, la Disciplina de genetică, Universitatea de Medicină și Farmacie Victor Babeș.

Evaluarea în vederea încadrării în grad și tip de handicap pentru persoanele adulte, cu Sindromul Prader-Willi se realizează în baza principiilor CIF, în funcție de intensitatea deficiențelor funcționale pe aparate și sisteme și a restantului funcțional, după criteriile prezentate pentru afectarea funcțiilor respective, reversibilitatea și rezistența la tratamentul medicamentos specific.

Referitor la ocupațiile sau activitățile de muncă/profesionale pe care persoana cu handicap le poate desfășura, acest lucru este stabilit în urma unei evaluări a abilităților, intereselor, nevoilor persoanei raportate la cerințele specifice ale unui loc de muncă, realizate de către consilierul de orientare vocațională specializat în evaluarea persoanelor cu dizabilități.

f) Distonii musculare (primare și secundare) - boli neurologice manifestate prin contracții tonice involuntare susținute, repetitive sau permanente, având un caracter direcțional definit și care imprimă posturi distonice anormale (tranzitorii sau definitive, adesea foarte dureroase și invalidante, în funcție de severitatea bolii). Distoniile primare au o etiologie genetică (20 forme familiale cu transmitere mendeliană cunoscute până în prezent) și sunt considerate boli neurochimice (care produc disfuncții sinaptice în circuitele ganglionilor bazali). Distoniile secundare apar în leziuni identificabile ale circuitelor ganglionilor bazali de orice etiologie. În funcție de gradul de extensie topografică la grupele musculare, se pot grupa în: distonii generalizate și distonii focale și segmentare.

PARAMETRI FUNCȚIONALI*)	Examen neurologic:
	1. tremor (ritm lent, apare în repaus, se accentuează în timpul mișcării determinând un aspect de "mișcare de recul" și uneori în menținerea unei atitudini - tremur postural).
	Aspect caracteristic la membrele superioare - "numărarea banilor", "răsucirea țigărilor", iar la membrele inferioare - "pedalare", "bătut tactul" și moment de apariție (repaus, de acțiune, postural etc.) diferite în funcție de tipul de boală;
	2. coree, atetoză, balism, distonie, diskinezie - mare variabilitate clinică în funcție de tipul de afecțiune;
	3. rigiditate - varianta particulară de hipertonie -, interesează toate grupele musculare, predominând la rădăcina membrelor - evidențiată prin fenomenul de roată dințată; variabilitate de distribuție topografică în funcție de tipul de boală;
	4. posturi distonice, adesea dureroase și invalidante;
	5. hipotonie (de regulă, în diferite forme de coree);
	6. bradikinezie - lentoare în mișcări (semn cardinal în boala Parkinson; prezent și în alte afecțiuni);
	7. hipo-/akinezie (incapacitatea de a iniția o mișcare voluntară și trecerea cu dificultate de la un tip de activitate motorie la alta: bolnavul apare puțin mobil/imobil, cu activitate gestuală săracă)

evidențiată prin proba marionetelor, bătutul tactului, pensa digitală cu fiecare deget;

8. tulburări de mers și de echilibru, adesea foarte invalidante și cu risc mare de căderi și traumatisme;

9. tulburări nonmotorii adesea prezente, în grade și de severitate diferite în funcție de tipul de boală: tulburări de somn (în particular tulburarea de somn REM: RBD); tulburări neurocognitive (cu evoluție spre demență, uneori cu evoluție rapidă și severă); tulburări afective (de obicei depresie), tulburări vegetative (uneori invalidante și cu risc vital, precum hipotensiunea arterială ortostatică), tulburări senzitive, hiposmie, fatigabilitate, modificări ponderale;

10. în b. Parkinson: tulburări motorii și nonmotorii induse de terapia specifică.

Examene paraclinice:

CT = atrofie corticală nespecifică cu localizare în general frontală și, uneori, hidrocefalie;

IRM cerebrală: modificări nespecifice în unele afecțiuni; modificări sugestive în alte afecțiuni (boala Huntington, atrofia multisistem, paralizia supranucleară progresivă); identificarea etiologiei manifestărilor neurologice când sunt secundare altor unor leziuni decelabile: vasculare, tumorale, metabolice, inflamatorii, demielinizante ș.a.

Determinări biochimice: pentru afecțiuni metabolice specifice (b. Wilson, hipoparatiroidism, diabet zaharat ș.a.)

Opțional: SPECT sau PET cu liganzi specifici pentru circuitele dopaminergice

Scale clinice de evaluare a autonomiei și funcționalității: ADL, IADL, iar pentru b. Parkinson UPDRS, Hoehn și Yahr*) etc.

DEFICIENȚĂ
MEDIE

HANDICAP
MEDIU

Simptomatologie subiectivă și modificări obiective caracteristice. Sunt de intensitate medie și tind să devină permanente, influențate parțial de tratament. Distonii musculare focale/segmentare de severitate medie, care răspund total sau parțial la tratament cronic corect (toxina botulinică sau stimulare cerebrală profundă, plus terapie medicamentoasă specifică și neurorecuperare funcțională); permit desfășurarea unor profesii care nu implică activitate fizică ce presupun menținerea prelungită a unor posturi fixe și relații publice prelungite sau funcții oficiale de reprezentare publică sau instituțională.

DEFICIENȚĂ
ACCENTUATĂ

HANDICAP
ACCENTUAT

Formele la care predomină tremorul sau cele akineto-hipertonice sau care se însoțesc de mișcări involuntare severe, de tulburări de mers și echilibru, căderi frecvente, cu tulburări vegetative severe (mai ales cardio-vasculare și respiratorii) la care simptomatologia este permanentă, influențată parțial de terapie, însoțite de tulburări de locomoție, statică și mers, de tulburări de manipulație, deglutiție, fonație și vorbire. Distonii musculare focale/segmentare sau generalizate de severitate medie/mare, cu apariția unor posturi distonice temporare invalidante și dureroase, care răspund parțial la tratament cronic

		corect (toxina botulinică sau stimulare cerebrală profundă, plus terapie medicamentoasă specifică și neurorecuperare funcțională); nu permit desfășurarea unor profesii care implică activitate fizică ce presupun menținerea unor posturi fixe și relații publice prelungite sau funcții oficiale de reprezentare publică sau instituțională.
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	Formele clinice cu evoluție îndelungată care pot duce la imobilizare. Pot fi însoțite de tulburări psihice și de vorbire (afazie expresivă). Deficiențe de deglutiție și respirație permanente, rezistente la diverse variante terapeutice. Distonii musculare cu orice grad de extensie topografică de severitate mare, cu apariția unor posturi distonice permanente invalidante și dureroase, care răspund cel mult parțial/sau sunt neresponsive la tratamente corecte (toxina botulinică sau stimulare cerebrală profundă, plus terapie medicamentoasă specifică și neurorecuperare funcțională); nu permit desfășurarea unor profesii care implică activitate fizică.

*) Nu sunt excluse din acest capitol afecțiunile neurologice mai rare care corespund descrierii de mai sus, dar care produc tulburări clinice semnificative invalidante.

Scala lui Hoehn și Yahr examinează parametrii expresiei faciale, tulburările de vorbire, tremurul, rigiditatea postură, tulburările de mers, bradikinezia.

- Stadiul I: trăsături de boală Parkinson unilaterale, inclusiv manifestările majore: tremor, rigiditate sau bradikinezie

- Stadiul II: trăsăturile menționate anterior, prezente bilateral în asociere cu posibile probleme de fonatie, capacitate scăzută de menținere a poziției și mers anormal

- Stadiul III: trăsături de boală Parkinson prezente bilateral, agravate, în asociere cu dificultăți de echilibru. Funcționalitatea independentă a pacienților este menținută.

- Stadiul IV: Pacienții nu pot locui singuri și independenți.

- Stadiul V: Pacienții au nevoie de scaun pe roțile sau nu pot să se coboare din pat.

Boala corespunzătoare stadiilor IV și V a fost observată la 37% și 42% din pacienții cu o durată a bolii de 10 și, respectiv, 15 ani. Totuși, Hoehn și Yahr au găsit o variabilitate semnificativă; 34% din pacienții cu o durată a bolii de 10 ani sau mai mult erau încă în stadiile I sau II, reflectând heterogenitatea bolii.

Scala di Webster examinează limitele de mișcare și de autonomie cu un scor împărțit în 3 grupe de gravitate: 1 - 10 Parkinson ușor; 11 - 20 Parkinson moderat, 21 - 30 Parkinson sever. Indicele Barthel analizează activitatea cotidiană: baia, utilizarea toaletei, continența, deplasarea prin casă, nutriția.

Scala UPDRS (Unified Parkinson Disease Rating Scale) are 3 arii de evaluare în domeniul dizabilității induse de boala Parkinson împreună cu o a patra evaluare a complicațiilor și tratamentului. Scorul final cumulativ este între 0 (no disability) și 199 (total disability).

	ACTIVITĂȚI - LIMITĂRI	PARTICIPARE - NECESITĂȚI
HANDICAP MEDIU	- Activități profesionale care nu impun deplasări prelungite, ortostatism îndelungat, mișcări	- Este necesar să li se asigure un sistem de fixare și ghidaj care să le permită executarea

	(gesturi) de viteză și precizie - Sunt indicate activitățile statice, cu solicitări fizice reduse, în condiții de confort microambiental.	sarcinilor de muncă. - Evitarea activităților de finețe, cu repere mici - Asigurarea unui climat relaxant, neconflictual, în cadrul colectivului de muncă și în familie
HANDICAP ACCENTUAT	- Sunt incapabili de prestarea unor activități profesionale solicitante. - Autoservirea este parțial afectată. - Se pot deplasa cu mare dificultate prin forțe proprii, nesrijinit sau cu sprijin unilateral.	- Necesită sprijin pentru obținerea de mijloace de deplasare (baston, cârje, scaun rulant). - Monitorizarea evoluției tulburărilor funcționale în condiții de tratament corect administrat și susținut
HANDICAP GRAV	- Pierderea totală sau parțială a capacității de autoservire și autoîngrijire - Nedepasabili prin forțe proprii - este mobilizat numai cu ajutorul altei persoane - Tulburările de limbaj fac imposibilă stabilirea relațiilor cu mediul înconjurător. - Tulburările de deglutiție și respirație permanente, cu risc vital, impun asistarea din partea altei persoane.	În funcție de rezultatul evaluării complexe, persoana poate fi încadrată în grad de handicap grav cu asistent personal, în situația în care are pierdută total capacitatea de autoservire, autoîngrijire și autogospodărire și necesită sprijin permanent sau grav fără asistent personal, atunci când necesită sprijin parțial pentru unele activități cotidiene.

VI. EVALUAREA PERSOANELOR CU EPILEPSIE ÎN VEDEREA ÎNCADRĂRII ÎN GRAD DE HANDICAP*)

PARAMETRI FUNCȚIONALI	- Anamneza - EEG**) - CT cerebral (IRM cerebrală) - Angiografie de vase cervico-cerebrale	Evidențiază: - disfuncția activității corticale; - procese expansive cerebrale; - malformații vasculare cerebrale.
	<p>**) Uneori EEG cu activare și/sau video-EEG (numai în centre specializate). În 10 - 20% din cazuri aspect EEG normal, în special în faza intercritică.</p> <p>NOTĂ: 1. Numai prin corelarea datelor anamnestice, clinice și paraclinice se poate confirma sau infirma diagnosticul de epilepsie. 2. Documentele medicale trebuie să obiectiveze: existența crizelor, aspectul lor, frecvența lor, confirmarea clinică sau/și EEG, evoluția bolii în sensul numărului de crize într-un interval de timp dat (sub tratament), existența tulburărilor psihice asociate (tulburare organică de personalitate, personalitate epileptoidă, psihoză epileptică, se evaluează prin aplicarea scalei GAFFS).</p>	
DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	HANDICAP UȘOR	Persoane cu crize parțiale mai rar de una pe săptămână sau o criză generalizată mai rar de o dată

		pe lună.
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	Crize generalizate, convulsive sau nu, sub tratament adecvat, 1 - 2/lună generalizate, sau 1 - 2 crize parțiale/săptămână sau/și prezența unor tulburări psihice.
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	Crize generalizate cel puțin 2 - 3/lună sau Crize parțiale 2 - 3/săptămână cu stare postcritică prelungită, cu tratament anticonvulsivant sau/și prezența de tulburări psihice specifice.
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	Ține mai puțin de frecvența crizelor, aspectul lor, starea postcritică și mai mult de frecvența episoadelor subintrante, dar în special de prezența unor tulburări psihice grave: psihoza epileptică, care pune în pericol viața persoanei în cauză sau a anturajului său.

*) Se referă la epilepsie (malconvulsivant) cu debut precoce (copilărie-adolescență, până la 26 de ani), indiferent de etiologie și la epilepsie indiferent de data debutului, la persoane fără venituri.

	ACTIVITĂȚI - LIMITĂRI	PARTICIPARE - NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	<ul style="list-style-type: none"> - Orice activitate profesională cu limitarea celor care se execută la înălțime, lângă apă, foc, mecanisme în mișcare, curenți de înaltă tensiune - Contraindicație pentru meseriile de conducător auto sau care țin de siguranța circulației 	<ul style="list-style-type: none"> - În cazul activităților contraindicate se recomandă schimbarea locului de muncă și reconversia profesională. - Respectarea strictă a recomandărilor medicale și tratamentului medicamentos - Monitorizare la serviciul de specialitate care îl are în evidență
HANDICAP MEDIU	<ul style="list-style-type: none"> - Evitarea activităților cu efort fizic mare, muncă în ture, de noapte - Este interzis să lucreze: <ul style="list-style-type: none"> - la înălțime - conducător auto - în siguranța circulației - în contact cu surse de foc - în preajma utilajelor în mișcare 	<ul style="list-style-type: none"> - Asigurarea unui loc de muncă corespunzător/schimbarea locului de muncă sau orientarea tinerilor spre profesii accesibile - Monitorizare pentru respectarea tratamentului medicamentos, a regimului de viață, evitarea stărilor conflictuale, munca în ture, munca de noapte, consumul de cafea, alcool, alți excitanți
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> - Pot presta munci statice cu solicitare fizică și psihică limitată în condiții de confort organic. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizare medicală și socioprofesională prin grija familiei și a colectivului de muncă
HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> - Limitarea majoră a capacității de autoîngrijire și autogospodărire datorită crizelor subintrante sau tulburărilor psihice grave 	<ul style="list-style-type: none"> În funcție de rezultatul evaluării complexe, persoana poate fi încadrată în grad de handicap grav cu asistent personal, în situația în care are pierdută total capacitatea de autoservire, autoîngrijire și autogospodărire și necesită sprijin permanent sau grav fără asistent personal, atunci când

	necesită sprijin parțial pentru unele activități cotidiene
--	---

NOTĂ:

Parametrii funcționali enumerați în cadrul afecțiunilor medicale cuprinse în capitolul 7 - Funcțiile neuro-musculo-scheletice și ale mișcărilor aferente - au caracter informal.

Pentru încadrarea în grad de handicap, capacitatea de decizie aparține medicilor implicați în procesul de evaluare.
