Allegato1A

*Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure Stato di Minima Coscienza (SMC).*
*Da compilare a cura dello Specialista di riferimento di struttura pubblica*

Si Certifica che il/la SIGNOR/A

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ___/___/___

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

GLASCOW COMA SCALE

| A - Apertura degli occhi | Punteggio |
|---|---|
| *Spontanea* | 4 |
| *Agli stimoli verbali* | 3 |
| *Al dolore* | 2 |
| *Nessuna* | 1 |
| **B - Risposta verbale** | |
| *Orientata, appropriata* | 5 |
| *Confusa* | 4 |
| *Parole inappropriate* | 3 |
| *Suoni incomprensibili* | 2 |
| *Nessuna* | 1 |
| **C - Risposta motoria** | |
| *Obbedisce al comando* | 6 |
| *Localizza il dolore* | 5 |
| *Retrae al dolore* | 4 |
| *Flette al dolore* | 3 |
| *Estende al dolore* | 2 |
| *Nessuna* | 1 |
| **Punteggio Totale** | |

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala soprastante: .....

*Criteri di applicazione tabella:*
*La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che riporta un punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) <=10 ex ART. 3 comma 2 Lett. A, Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.*

Note:.....

Luogo e data _____ Firma e timbro del compilatore _____

Allegato 1 B

*Da compilare a cura dello Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta*

**Si certifica che il Signor/a**

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

- **È da considerarsi persona dipendente da ventilazione meccanica assistita invasiva**
- **È da considerarsi persona dipendente da ventilazione non invasiva continuativa (24h/die – 7 giorni a settimana)**

Note:

.....

.....

.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

Allegato 1 D

*Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura.*

*Da compilare a cura dello Specialista di riferimento di struttura sanitaria pubblica*

Si certifica che il Signor/ra

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ___/___/___

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

Ha il seguente livello di lesione, per come identificato nella scala sottostante.....

ASIA Impairment Scale (AIS)

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

*Criteri di applicazione tabella:*
*La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che riporta un punteggio nella scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B ex ART. 3 comma 2 Lett. D). Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.*

Note: .....

Luogo e data _____ Firma e timbro del compilatore _____

Allegato 1 E

*Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica e muscolare con particolare riferimento alla SLA*

*Da compilare a cura dello Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta*

**Si certifica che il Signor/ra**

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante: .....

A) **Bilancio muscolare complessivo alla scala MedicalResearchCouncil (MRC)**

- **Forza muscolare**

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0).

☐ 5/5 alla scala MRC: movimento possibile contro resistenza massima;

☐ 4/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro resistenza minima;

☐ 3/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro gravità;

☐ 2/5 alla scala MRC: movimento possibile solo in assenza di gravità;

☐ 1/5 alla scala MRC: accenno al movimento;

☐ 0/5 alla scala MRC: assenza di movimento.

*Criteri di applicazione tabella:*

*La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4arti alla scala MedicalResearchCouncil (MRC)ex ART. 3 comma 2 Lett. E, Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.*

Note.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

Allegato 1G

*Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica con particolare riferimento ai pazienti con Morbo di Parkinson e Parkinsonismi Degenerativi e Atipici.*

*Da compilare a cura dello Specialista di riferimento della struttura sanitaria pubblica preposta*
Si certifica che il Signor/ra

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante

C) Scala di Hoehn e Yahr

☐ Stadio 1: Malattia unilaterale.
☐ Stadio 2: Malattia bilaterale senza coinvolgimento dell'equilibrio.
☐ Stadio 3: Malattia da lieve a moderata, qualche instabilità posturale indipendente.
☐ Stadio 4: Malattia conclamata, ancora in grado di deambulare autonomamente.
☐ Stadio 5: Paziente costretto a letto o in sedia a rotelle.

*Criteri di applicazione tabella:*

- *La scala di Hoehn e Yahr è utile per definire lo stadio clinico del paziente affetto da morbo di Parkinson.*
- *La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare in stadio 5 di Hoehn e Yahrmod. ex ART. 3 comma 2 Lett. E. Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016 e che corrisponda anche ad almeno 2 criteri dell'Allegato "2".*

Note:

.....
.....
.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

Allegato 1 H

**Certificazione per persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1720 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10% e ipoacusia , a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000,200 hertz nell'orecchio migliore.**

*Da compilare a cura dello Specialista di riferimento della struttura sanitaria pubblica preposta*

**Si certifica che il Signor/ra**

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

È da considerarsi persona con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore.

Note:

.....

.....

.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

Allegato 2

*Valutazione della condizione di dipendenza vitale (articolo 3, comma 2, lettera i Decreto Ministeriale 26 settembre 2016) da utilizzare per tutte le patologie e i casi che non rientrano nelle tabelle dell'allegato 1*
*Da compilare a cura dello Specialista di riferimento di struttura sanitaria pubblica*

Si certifica che il /la SIGNOR/A

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

Ai fini della identificazione delle persone in condizione di dipendenza vitale ha le seguenti compromissioni:

UNO almeno dei seguenti domini*(barrare la casella corrispondente):*

1. MOTRICITÀ (Dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana )
   (Scala ADL- Indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana)
   - ☐ Le attività della vita quotidiana sono svolte completamente da un'altra persona

2. STATO DI COSCIENZA (Compromissione severa o persona non cosciente)
   - ☐ Raramente prende decisioni
   - ☐ Mai prende decisioni
   - ☐ Persona non cosciente

ed UNO dei seguenti altri domini
*(barrare la casella corrispondente):*

3. RESPIRAZIONE
   - ☐ Necessità di aspirazione quotidiana
   - ☐ Presenza di Tracheostomia

4. NUTRIZIONE
   - ☐ Necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi
   - ☐ Combinata orale e enterale/parenterale
   - ☐ Solo tramite sondino naso – gastrico (SNG)
   - ☐ Solo tramite gastrostomia (es. PEG)
   - ☐ Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)

NB: *Si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni in almeno uno dei domini di cui ai punti 1 e 2 ed in almeno uno dei domini di cui ai punti 3 e 4.*

Note.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____