

Allegato IA

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
<i>Spontanea</i>	4
<i>Agli stimoli verbali</i>	3
<i>Al dolore</i>	2
<i>Nessuna</i>	1
B - Risposta verbale	
<i>Orientata, appropriata</i>	5
<i>Confusa</i>	4
<i>Parole inappropriate</i>	3
<i>Suoni incomprensibili</i>	2
<i>Nessuna</i>	1
C - Risposta motoria	
<i>Obbedisce al comando</i>	6
<i>Localizza il dolore</i>	5
<i>Retrae al dolore</i>	4
<i>Flette al dolore</i>	3
<i>Estende al dolore</i>	2
<i>Nessuna</i>	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 I 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 I C

Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con grave o gravissimo stato di demenza

Da compilare a cura del Medico 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 _____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante:

La Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa

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

**Cura
personale**

Interamente capace
di curarsi della
propria persona

Richiede
facilitazione

Richiede aiuto per
vestirsi, igiene,
utilizzo effetti
personali

Richiede molta
assistenza per cura
personale; non
incontinenza
urinaria

Richiede molta
assistenza per cura
personale;
incontinenza
urinaria

CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE

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

CDR 5: DEMENZA TERMINALE

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

ClinicalDementia Rating Scale

Per ottenere il punteggio della CDR è necessario disporre di informazioni raccolte da un familiare o operatore che conosce il soggetto e di una valutazione delle funzioni cognitive del paziente con particolare riferimento ai seguenti aspetti: 1) memoria; 2) orientamento temporale e spaziale; 3) giudizio ed astrazione; 4) attività sociali e lavorative; 5) vita domestica, interessi ed hobby; 6) cura della propria persona. In base al grado di compromissione viene assegnato un punteggio variabile tra 0 - 0.5 - 1 - 2 - e 3; 0= normale; 0,5= dubbia compromissione; 1 compromissione lieve; 2= compromissione moderata; 3= compromissione severa. Ogni aspetto va valutato in modo indipendente rispetto agli altri. La memoria è considerata categoria primaria; le altre sono secondarie. Se almeno tre categorie secondarie ottengono lo stesso punteggio della memoria, allora il CDR è uguale al punteggio ottenuto nella memoria. Se tre o più categorie secondarie ottengono un valore più alto o più basso della memoria, allora il punteggio della CDR corrisponde a quello ottenuto nella maggior parte delle categorie secondarie. Qualora due categorie ottengano un valore superiore e due un valore inferiore rispetto a quello ottenuto dalla memoria, il valore della CDR corrisponde a quello della memoria. La scala è stata successivamente estesa per classificare in modo più preciso gli stadi più avanzati della demenza (Hayman et al, 1987). I pazienti possono essere perciò classificati in stadio 4 (demenza molto grave) quando presentano severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da soli, nel controllare la funzione intestinale o vescicale. Sono classificati in stadio 5 (demenza terminale) quando richiedono assistenza totale perché completamente incapaci di comunicare, in stato vegetativo, allettati, incontinenti.

Criteri di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che riporta un punteggio sulla scala ClinicalDementia Rating Scale (CDRS) >= 4 ex ART. 3 comma 2 Lett. C. Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

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)

<input type="checkbox"/>	A = completa	Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4 –S5
<input type="checkbox"/>	B = incompleta	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4 – S5
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	E = normale	Nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità integra, non disturbi sfinterici ma possibili alterazioni dei riflessi)

Criteria 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.

Criteria 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 1 E/A

Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica con particolare riferimento alla Sclerosi Multipla

Da compilare a cura dello Specialista di riferimento della 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 _____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante:

Criteri di applicazione tabella:

- *La scala EDSS (Expanded Disability Status Scale) trova ampio uso come strumento per misurare e valutare le caratteristiche cliniche dei pazienti affetti da sclerosi multipla.*
- *La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 ex ART. 3 comma 2 Lett. E, Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.*

La stadiazione va effettuata in condizione di stabilità di malattia e/o in assenza di recidiva.

Allegato I E/B

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 Yahr mod. 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 I F

Certificazione per persone con deprivazione complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con evenzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10% e ipoacusia, a prese'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 00 hertz nell'orecchio migliore.

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

Si cel Signor/ra

Nome _____

nato/a _____ / _____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

È da considerarsi persona con deprivazione complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con evenone o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequen2000 hertz nell'orecchio migliore.

Note:

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

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

Allegato 1 H

Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM - 5, con QI <=34.

Da compilare a cura dello Specialista di riferimento della 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 _____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante:

LAPMER-Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation

ITEMS	Livelli	Punteggio
Alimentazione	Viene alimentato, cibo di consistenza modificata	0
	Viene alimentato, cibo di consistenza ordinaria	1
	Porta il cibo alla bocca (con o senza supervisione o assistenza)	2
Controllo sfinterico	Non riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vescicali o intestinali)	0
	Riesce a segnalare necessità di evacuazione o eventuali perdite (vescicali o intestinali)	1
Comunicazione	Riesce a segnalare alcuni bisogni, attraverso un comportamento aspecifico o stereotipato	0
	Riesce a segnalare alcuni bisogni identificabili da comportamenti specifici	1
	Comunica bisogni verbalmente	2

Manipolazione	Manipolazione assente, oppure reazione di afferramento	0
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice – indice	2
Vestizione	Vestizione Passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1
Locomozione	Stazionario anche su sedia o carrozzina	0
	Si trasferisce nell'ambiente	1
Orientamento spaziale	Non ha orientamento spaziale	0
	Si orienta in ambienti familiari	1
	Si orienta al di fuori del suo ambiente familiare (casa, reparto assistenziale)	2
Prassie	Nessuna prassia, oppure movimenti afinalistici e stereotipati	0
	Realizza prodotti plastici o grafici (incastra, connette, plasma e colora) oppure pilota una carrozzina manualmente	1
	Disegna o pilota una carrozzina elettrica	2
TOTALE PUNTEGGIO		

Criteria di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che riporta un punteggio sulla scala LAPMER-Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation ≤ 8 ex ART. 3 comma 2 Lett. H, Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

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**

Necessità 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 _____