

ALLEGATO A

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

Con la presente si certifica che il/la paziente _____
nato/a _____ il _____ residente a _____
in via _____ n. _____ da me visitato in data
_____ ha ottenuto un punteggio nella scala Glasgow Come Scale (GCS)
pari a _____.

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

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

Glasgow Coma Scale (GCS)

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

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

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

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

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

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

ALLEGATO A

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
DIPENDENZA DA VENTILAZIONE MECCANICA**

Con la presente si certifica che il/la paziente _____
nato/a _____ il _____ residente a _____
in via _____ n. _____ da me visitato in data
_____ è dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva
continuativa 24 ore al giorno 7 giorni su 7.

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

ALLEGATO A

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
STATO DI DEMENZA**

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

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

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa (*Articolo 3, comma 2, lettera c)*

Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., et al (1982) A new clinical scale for the staging of dementia. British Journal of Psychiatry, 140, 566 -572

	NORMALE CDR 0	DEMENZA DUBBIA CDR 0.5	DEMENZA LIEVE CDR 1	DEMENZA MODERATA CDR 2	DEMENZA GRAVE CDR 3
Memoria	Memoria adeguata o amemorata occasionale	Lieve stencostanza permanente; parziale nevocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; inafferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa; materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
Orientamento	Perfettamente orientato		Aloca difficoltà nel tempo; posside disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzione problemi	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia comprensione nella soluzione di problemi; analogie difformi	Difficoltà moderate; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severe; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
Attività sociali	Attività indipendente e livelli usuali di lavoro, scripti, pratiche domestiche	Solo dubbia comprensione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna prova di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna prova 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	Intieramente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria

CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE

Il paziente presenta severe deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi al dimettersi 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, afettivo, incontinenza.

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

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

ASIA Scale (AIS)

A = Completa	Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4-S5
B = Incompleta	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4-S5
C = Incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico 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 possibile alterazione dei riflessi)

**Le lesione spinali da valutare ai fini della presentazione della domanda di finanziamento sono tra la C0 e la C5.
In caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate.**

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

ALLEGATO A

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

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

MEDICAL RESEARCH COUNVIL (MRC).

Braccio destro: ___/5

Braccio sinistro: ___/5

Gamba destra: ___/5

Gamba sinistra: ___/5

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

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

ALLEGATO A

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
DEPRIVAZIONE SENSORIALE COMPLESSA**

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

Residuo visivo occhio destro: ____/20

Residuo visivo occhio sinistro: ____/20

Residuo perimetrico binoculare: ____%

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

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

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

ALLEGATO A

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
SPETTRO AUTISTICO**

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

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

ALLEGATO A

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

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

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

LEVEL OF ACTIVITY IN PROFOUND/SEVERE MENTAL RETARDATION

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