Allegato 1A

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 2019 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_____

Prot. n. 0014819 del 28-10-2026 in arrivo

Comune di Villa San Giovanni (RC) - Prot. n. 0035487 del 28-10-2026 in partenza Cat 2 Cl. 7 Fascicolo