

 Logo Azienda	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

## SCALA SCIM (*Spinal cord independence measure*)

### Cura di se'

- 1. Alimentazione** (tagliare, aprire i contenitori, portare il cibo alla bocca, tenere una tazza con un liquido)
  0. Necessita di alimentazione parenterale, o di gastrostomia o di alimentazione orale completamente assistita
  1. Mangia cibo tagliato usando vari ausili per la mano e le stoviglie; incapace di tenere una tazza
  2. Mangia cibo tagliato usando un solo ausilio per la mano; tiene un bicchiere adattato
  3. Mangia cibo tagliato senza ausili; tiene un bicchiere regolare; necessita di assistenza per aprire i contenitori
  4. Indipendente in tutti i compiti senza alcun ausilio
- 2. Lavarsi** (insaponarsi, manipolare il rubinetto, sciacquarsi)
 

**A-parte superiore del corpo**

  0. Richiede totale assistenza
  1. Richiede assistenza parziale
  2. Si lava indipendentemente con ausili o in un ambiente dedicato
  3. Si lava indipendentemente; non richiede ausili né ambiente adattato

**B-parte inferiore del corpo**

  0. Richiede totale assistenza
  1. Richiede assistenza parziale
  2. Si lava indipendentemente con ausili o in un ambiente dedicato
  3. Si lava indipendentemente; non richiede ausili né ambiente adattato
- 3. Vestirsi** (preparare i vestiti, vestirsi e svestirsi)
 

**A-parte superiore del corpo**

  0. Richiede totale assistenza
  1. Richiede assistenza parziale
  2. Si veste indipendentemente con ausili o in un ambiente dedicato
  3. Si veste indipendentemente; non richiede ausili né ambiente adattato

**B-parte inferiore del corpo**

  0. Richiede totale assistenza
  1. Richiede assistenza parziale
  2. Si veste indipendentemente con ausili o in un ambiente dedicato
  3. Si veste indipendentemente; non richiede ausili né ambiente adattato
- 4. Cura di sé** (lavarsi le mani e il viso, lavarsi i denti, pettinarsi, fare la barba, truccarsi)
  0. Richiede totale assistenza
  1. Compie un solo compito (per es. si lava le mani e il viso)
  2. Compie alcuni compiti con ausili; ha bisogno di aiuto per mettere e togliere gli ausili
  3. Indipendente con ausili
  4. Indipendente senza ausili

## Respirazione e gestione degli sfinteri

### 5. Respirazione

- 0. Richiede ventilazione assistita
- 2. Richiede tracheostomia e ventilazione parzialmente assistita
- 4. Respira indipendentemente ma richiede molta assistenza per la gestione della tracheostomia
- 6. Respira indipendentemente ma richiede poca assistenza per la gestione della tracheostomia
- 8. Respira senza tracheostomia, ma a volte richiede assistenza meccanica per respirare
- 10. Respira autonomamente senza ausili

### 6. Gestione degli Sfinteri - Vescica

- 0. Catetere a permanenza
- 4. Volume di urine residue >100ml; non cateterismo o cateterismo intermittente assistito
- 8. Volume di urine residue <100ml; ha bisogno di assistenza per applicare gli ausili per lo svuotamento
- 12. Autocateterismo intermittente
- 15. Volume di urine residue <100ml; non richiede cateterismo o assistenza nello svuotamento di urine

### 7. Gestione degli Sfinteri - Alvo

- 0. Tempismo inappropriato o irregolare o frequenza molto bassa (meno di una volta in tre giorni) dei movimenti intestinali
- 5. Tempismo appropriato e regolare ma richiede assistenza (per esempio per inserire supposte); rari episodi di incontinenza (meno di uno al mese)
- 10. Movimenti intestinali regolari, con tempismo appropriato, senza assistenza; rari episodi di incontinenza (meno di uno al mese)

### 8. Uso del bagno (igiene perineale, sistemarsi gli abiti prima e dopo, uso di assorbenti o pannolini)

- 0. Richiede assistenza totale
- 1. Si sveste parzialmente la parte inferiore del corpo, necessita di assistenza in tutti gli altri compiti
- 2. Si sveste parzialmente la parte inferiore del corpo e si pulisce parzialmente (dopo), necessita assistenza per sistemare gli abiti e/o il pannolino
- 3. Si sveste e si pulisce (dopo); necessita assistenza per sistemare gli abiti e/o il pannolino
- 4. Indipendente in tutti i compiti, ma necessita di ausili o ambiente adattato
- 5. Indipendente senza ausili o ambiente adattato

## Mobilità

### 9. Mobilità nel letto e prevenzione delle piaghe da decubito

- 0. Richiede assistenza totale
- 1. Si gira nel letto da un solo lato
- 2. Si gira nel letto da entrambi i lati ma senza rilasciare completamente la pressione
- 3. Rilascia la pressione solo se disteso
- 4. Si gira nel letto e si siede senza assistenza
- 5. Indipendente nella mobilità a letto; compie sollevamenti da seduto senza alzare completamente il corpo
- 6. Indipendente nella mobilità a letto; compie sollevamenti da seduto alzando completamente il corpo

### 10. Trasferimenti: letto-carrozzina (bloccare la carrozzina, alzare le pedane, togliere e mettere i braccioli, trasferirsi, sistemare i piedi)

- 0. Richiede assistenza totale
- 1. Richiede assistenza parziale e/o supervisione
- 2. Indipendente

### 11. Trasferimenti: carrozzina-WC-vasca (se usa carrozzina WC trasferimento da e a; se usa una carrozzina normale bloccare la carrozzina, alzare le pedane, togliere e mettere i braccioli, trasferirsi, sistemare i piedi)

- 0. Richiede assistenza totale
- 1. Necessita di assistenza parziale o di ambiente adattato
- 2. Indipendente

### 12. Mobilità Interna

- 0. Richiede assistenza totale
- 1. Necessita di carrozzina elettronica o di assistenza parziale per utilizzare la carrozzina manuale
- 2. Si muove indipendentemente con carrozzina manuale
- 3. Richiede supervisione per camminare (con o senza ausili)
- 4. Cammina con deambulatore o grucce (deambulazione oscillante)
- 5. Cammina con due grucce o due canadesi (deambulazione reciprocante)
- 6. Cammina con una canadese
- 7. Necessita solo di ortesi per le gambe
- 8. Cammina senza aiuti

**13. Mobilità per distanze moderate (10 - 100 metri)**

0. Richiede assistenza totale
1. Necessita di carrozzina elettronica o di assistenza parziale per utilizzare la carrozzina manuale
2. Si muove indipendentemente con carrozzina manuale
3. Richiede supervisione per camminare (con o senza ausili)
4. Cammina con deambulatore o grucce (deambulazione oscillante)
5. Cammina con due grucce o due canadesi (deambulazione reciprocante)
6. Cammina con una canadese
7. Necessita solo di ortesi per le gambe
8. Cammina senza aiuti

**14. Mobilità Esterna (più di 100 metri)**

0. Richiede assistenza totale
1. Necessita di carrozzina elettronica o di assistenza parziale per utilizzare la carrozzina manuale
2. Si muove indipendentemente con carrozzina manuale
3. Richiede supervisione per camminare (con o senza ausili)
4. Cammina con deambulatore o grucce (deambulazione oscillante)
5. Cammina con due grucce o due canadesi (deambulazione reciprocante)
6. Cammina con una canadese
7. Necessita solo di ortesi per le gambe
8. Cammina senza aiuti

**15. Uso delle scale**

0. Incapace di salire e scendere le scale
1. Sale e scende almeno 3 gradini con supporto o supervisione di un'altra persona
2. Sale e scende almeno 3 gradini con supporto del corrimano e/o gruccia o canadese
3. Sale e scende almeno 3 gradini senza supporto o supervisione

**16. Trasferimenti: carrozzina-automobile** (avvicinarsi all'auto, bloccare la carrozzina, alzare le pedane, togliere e mettere i braccioli, trasferirsi da e sull'auto, caricare e scaricare la carrozzina)

0. Richiede assistenza totale
1. Richiede assistenza parziale e/o supervisione
2. Indipendente con ausili
3. Indipendente senza ausili

**Punteggio complessivo = 0 - 100**

**Subtotali:** cura di sé' = 0-20 / respirazione e gestione sfinteri = 0-40 / mobilità = 0-40