

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|
|  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