

**SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DEL BISOGNO DI ASSISTENZA  
FONDO GRAVISSIMI DPREG. 247/2009 E SUCC. MOD.**

Data apertura: \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

**Note:**

---

---

---

**Valutatori**

---

---

---

**Codici Diagnosi mediche (ICD IX CM):**

---

---

---

**SEZIONE 0**

**A Tipologia del deficit (OBBLIGATORIO)**

- Gravissima cerebrolesione acquisita
- Gravissima mielolesione C1-C4
- Patologia neurologica

**B Causa del deficit - (FACOLTATIVO)**

- Nessuna risposta
- Incidente stradale
- Incidente sul lavoro
- Altro incidente
- Esito patologico

**C Livello di cognitiv  - (OBBLIGATORIO)**

- Coma
- Stato vegetativo
- Stato di minima coscienza
- Mutismo acinetico
- Persona pienamente cosciente
- Altro – specificare

**E Strumenti comunicazione (OBBLIGATORIO)**

- S 
- No

**F Catetere a dimora/intermittenza (OBBLIGATORIO)**

- A dimora
- A intermittenza
- No

**Y Catetere vescicale – Modalit  di utilizzo non estemporanee: Se   presente, come viene utilizzato? (FACOLTATIVO)**

- Nessuna risposta.
- Si avvale di autocateterismo vescicale intermittente programmato o comunque non estemporaneo.
- E' portatore cronico di catetere vescicale a permanenza.
- Si sottopone a cateterismo vescicale intermittente programmato o comunque non estemporaneo.

## Q Codice AFIR (FACOLTATIVO)

- Codice \_\_\_\_\_

## J Strumenti ventilazione (OBBLIGATORIO)

- Sì  
 No

## Z Tracheotomia presenza (OBBLIGATORIO)

- Sì  
 No

## X Valutazione tramite ADL- Barthel registrare se la persona è valutata con il Barthel Index oppure se si tratta di persona non valutabile (ad es. minori) (OBBLIGATORIO)

- Valutazione tramite Barthel Index.  
 Non valutabile tramite Barthel Index (allegare relazione descrittiva).

## SEZIONE 1

### 1.1.1. Mangiare - Autosufficienza nel mangiare (OBBLIGATORIO)

- A. Autosufficienza con o senza ausili sempre; include le persone autosufficienti nella gestione dell'alimentazione artificiale (ad es.: gestione sondino naso-gastrico / PEG / CVC / IAP).  
 B. Ha bisogno di stimolo e sorveglianza o di aiuto fisico occasionale.  
 C. Ha bisogno di aiuto fisico più di due volte la settimana, ma non tutti i giorni.  
 D. Ha bisogno di aiuto fisico costante, ma collabora e/o è capace di utilizzare almeno una posata.  
 E. Deve essere imboccato e collabora poco e/o non è quasi mai autosufficiente nella gestione dell'alimentazione artificiale (ad es.: gestione sondino naso-gastrico / PEG / CVC / IAP).

### 1.2.1. Bagno o doccia (OBBLIGATORIO)

- A. E' capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa, con o senza ausili. E' autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.  
 B. Ha bisogno di essere sorvegliato e/o guidato e/o che gli si prepari il necessario e/o ha bisogno di assistenza per lavarsi una sola parte del corpo (dorso o arto inferiore).  
 C. Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi e asciugarsi.  
 D. Necessita di aiuto per tutte le operazioni, ma collabora attivamente.  
 E. E' totalmente dipendente, non collabora.

### 1.3.1. Continenza Vescicale (in presenza di catetere, urostomia o condom utilizzare la codifica NC) (OBBLIGATORIO)

- NC. Portatore di catetere, urostomia o condom.  
 A. Non ha nessun problema (compresa anuria).  
 B. È incontinente a gocce.  
 C. È incontinente una volta a settimana.  
 D. È incontinente più frequentemente ma con incontinenza non giornaliera o solo notturna.  
 E. Ha incontinenza tendenzialmente giornaliera, con qualche residuo di autocontrollo, specie nelle ore diurne.  
 F. Ha più episodi di incontinenza al giorno.

### 1.4.2. Catetere a dimora, condom o urostomia per cui ha bisogno di aiuto quotidiano. (OBBLIGATORIO)

- No  
 Sì

### 1.4.8. Uso del condom (OBBLIGATORIO)

- Nessuna risposta  
 No  
 Sì

### 1.5.1. Alvo/continenza intestinale (OBBLIGATORIO)

- A. Nessun problema  
 B. Incontinenza occasionale o stomia di cui si può occupare da solo o irregolarità dell'alvo.  
 C. Incontinenza occasionale e non sa pulirsi da solo.  
 D. Incontinenza fecale più frequente o bisogno di aiuto per stomia.

- E. Incontinenza abituale (sempre o la maggior parte dei giorni).

### 1.7.1. Autosufficienza nell'uso dei dispositivi per l'eliminazione (ad es.: come la persona usa WC, comoda, padella e pappagallo, come si siede e si alza dal WC, come si pulisce, cambia il pannolone, maneggia dispositivi speciali - stomia o catetere - si sistema i vestiti) (OBBLIGATORIO)

- A. Indipendente: è autosufficiente, nessun aiuto o supervisione.
- B. Supervisione e/o ha bisogno di aiuto non più di una o due volte nell'ultima settimana.
- C. Assistenza limitata: è attivo, ma necessita di aiuto 3 o più volte nell'ultima settimana, senza necessità di essere sollevato.
- D. Assistenza intensiva: sebbene la persona sia discretamente attiva necessita di aiuto per sollevarsi; oppure aiuto completo, tre o più volte nell'ultima settimana, ma non tutti i giorni.
- E. Dipendenza totale: necessita di aiuto da parte di altri tutti i giorni.

### 1.7.2. Aiuto fornito nell'uso dei dispositivi per l'eliminazione (considerare il maggior aiuto fornito) (FACOLTATIVO)

- Nessuna risposta
- A. Nessun aiuto.
- B. Solo organizzazione.
- C. Presenza/aiuto di una persona.
- D. Aiuto di due o più persone.

### 1.8.1. Vestire (OBBLIGATORIO)

- A. È capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto, tutori o una protesi (anche se con indumenti adattati), con o senza ausili.
- B. Occorre preparargli in ordine i vestiti.
- C. Necessita di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.
- D. Ha bisogno di aiuto fisico ma collabora in modo appropriato.
- E. È dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.

### 1.9.1. Cura dell'aspetto (OBBLIGATORIO)

- A. È capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi, con o senza ausili. Per es.: uomo capace di usare almeno un tipo di rasoio, comprese tutte le manipolazioni; donna capace di truccarsi, se abituata (non sono da considerare le attività relative all'acconciatura dei capelli).
- B. Necessita di aiuto minimo prima e dopo le operazioni.
- C. Necessita di aiuto durante una o più delle operazioni, ma non per tutte.
- D. Necessita di aiuto per tutte le operazioni, ma ancora collabora.
- E. È completamente incapace, bisogna fare tutto per lui/lei.

## SEZIONE 3

### 3.1.1. Scale (OBBLIGATORIO)

- A. È in grado di salire e di scendere le scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione; se usa bastone o stampelle è in grado di portarli con sé durante la salita o la discesa.
- B. Qualche volta richiede supervisione o stimolo.
- C. Ha sempre bisogno di attenzione o che qualcuno gli porti gli ausili.
- D. Ha bisogno dell'aiuto fisico di un'altra persona.
- E. È incapace di salire e scendere le scale anche con aiuto fisico.

### 3.2.1. Cammino (OBBLIGATORIO)

- A. Cammina da solo senza problemi (con o senza ausili o protesi).
- B. Cammina da solo ma non è sicuro o ha bisogno di qualcuno che lo guidi, lo stimoli o lo sorvegli in certe occasioni (con o senza ausili o protesi).
- C. Necessita dell'aiuto di una persona per raggiungere e/o manovrare ausili.
- D. Ha bisogno di aiuto fisico di un'altra persona per camminare.
- E. Non cammina.

### 3.3.1. Autosufficienza nei trasferimenti (dal/al letto carrozzina, letto poltrona/sedia, in piedi) (OBBLIGATORIO)

- A. Indipendente: è autosufficiente, nessun aiuto o supervisione.
- B. Supervisione e/o ha bisogno di aiuto non più di uno o due giorni nell'ultima settimana, senza necessità di essere sollevato.

- C. Assistenza limitata: è attivo, ma necessita di aiuto 3 o più giorni nell'ultima settimana, senza necessità di essere sollevato.
- D. Assistenza intensiva: sebbene la persona sia discretamente attiva necessita di aiuto per sollevarsi; oppure aiuto completo, tre o più giorni nell'ultima settimana, ma non tutti i giorni.
- E. Dipendenza totale: necessita di aiuto da parte di altri tutti i giorni.
- F. Attività mai eseguita: non si è mai trasferito dal letto alla carrozzina / poltrona / sedia / in piedi.

### 3.5.1. Sedia a rotelle (OBBLIGATORIO)

- A. Non usa la sedia a rotelle.
- B. È capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (ad es.: girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al WC, ecc.).
- C. Bisogno di stimolo e/o sorveglianza e/o di aiuto per fare curve strette.
- D. Deve essere per lo più spinto.
- E. È troppo grave per utilizzare la sedia a rotelle o deve essere trasportato in barella.

## SEZIONE 8

### 8.1.1. Ulcere cutanee dovute a qualsiasi causa (ulcera da decubito, da stasi, ischemica, diabetica, ecc.) (OBBLIGATORIO)

- A. Assenti e non a rischio.
- B. A rischio (per ictus, immobilità, ecc.).
- C. Presenti.

### 8.1.2. Ulcere cutanee dovute a qualsiasi causa (ulcera da decubito, da stasi, ischemica, diabetica, ecc.) all'interno delle caselle A,B,C,D riportare il numero di ulcere in corrispondenza dello stato indicato nella descrizione (OBBLIGATORIO)

- A. Arrossamenti persistenti (grado 1); (indicare il numero di ulcere).
- B. Abrasioni, vescicole, bolle (grado 2); (indicare il numero di ulcere).
- C. Perdita della pelle a tutto spessore (grado 3); (indicare il numero di ulcere).
- D. Ulcere più profonde (grado 4 oppure escara); (indicare il numero di ulcere).

### 8.5.6. Dolore – Intensità (OBBLIGATORIO)

- A. Assente
- B. Lieve
- C. Moderato
- D. Severo

## SEZIONE 9B

### 9.6.10. Catetere venoso centrale / Porth a cath (OBBLIGATORIO)

- No
- Sì

### 9.7.3. Aspirazione bronchiale (nelle ultime due settimane) (OBBLIGATORIO)

- No
- Sì

### 9.7.4. Cura tracheostomia (nelle ultime 2 settimane) (FACOLTATIVO)

- Nessuna risposta
- No
- Sì

### 9.8.1. Stomia urinaria (OBBLIGATORIO)

- No
- Sì

### 9.8.2. Catetere vescicale (OBBLIGATORIO)

- No
- Sì

### 9.9.2. Alimentazione artificiale per via parenterale (OBBLIGATORIO)

- No
- Si

### 9.9.3. Alimentazione artificiale per via enterale (OBBLIGATORIO)

- No
- Si

## SEZIONE COMUNICAZIONE

### CA Capacità' di comunicare a prescindere dal tipo di comunicazione utilizzata (vocale o non vocale) (FACOLTATIVO)

- Nessuna risposta
- A Si fa capire normalmente.
- B Ha un difetto nel linguaggio ma riesce ad esprimere concetti e desideri anche complessi magari con il linguaggio non vocale, oppure ha difficoltà a trovare i concetti o finire un discorso.
- C Comunica solo i bisogni elementari o riesce a rispondere a domande semplici (Si-No).
- D E' incapace di comunicare.

### CB Modalità di comunicazione (FACOLTATIVO)

- Nessuna risposta
- A Vocale.
- B Mista, cioè modalità vocale, necessariamente arricchita da altre non vocali (ad es: gesti, scrittura, comunicatori, ecc.).
- C Soltanto non vocale mediante comunicatore ad alta tecnologia.
- D Soltanto non vocale con altre modalità temporalmente o funzionalmente dispendiose (ad es: gesti semplici, scrittura, comunicatore semplice ecc..).
- E Nessuna

### CC Disartria (disturbi della fonazione) – Presenza (FACOLTATIVO)

- Nessuna risposta
- No
- Si

### CD Disartria – Tipologia e gravità: se è presente, come si manifesta? (FACOLTATIVO)

- Nessuna risposta
- B Disartria lieve e/o occasionale (non rallenta ne' ritarda il processo comunicativo).
- C Disartria moderata (la persona produce un linguaggio intelligibile ma conripetizioni, riesce a farsi capire al telefono, accusa leggero affaticamento nel parlare).
- D Disartria grave (la persona manifesta rapida affaticabilità ed è spesso costretta ad associare modalità non vocali di comunicazione).
- E Perdita di linguaggio utile: anartria o emissione di suoni incomprensibili.

## SEZIONE MOTRICITA'

### ME Aiuto fornito nei trasferimenti (dal/al letto carrozzina, letto poltrona/sedia, in piedi) - considerare il maggior aiuto fornito (FACOLTATIVO)

- Nessuna risposta
- A Nessun aiuto.
- B Solo organizzazione.
- C Presenza / aiuto di una persona.
- D Aiuto di due o più persone.
- E Attività mai eseguita: non si è mai trasferito dal letto alla carrozzina / poltrona / sedia/ in piedi nell'ultima settimana.

### MF Autosufficienza nella mobilità a letto (FACOLTATIVO)

- Nessuna risposta
- A Indipendente: è autosufficiente, nessun aiuto o supervisione.
- B Supervisione e/o ha bisogno di aiuto non più di uno o due giorni nell'ultima settimana, senza necessità di essere sollevato.
- C Assistenza limitata: è attivo, ma necessita di aiuto 3 o più giorni nell'ultima settimana, senza necessità di essere sollevato.

- D Assistenza intensiva: sebbene la persona sia discretamente attiva necessita di aiuto per sollevarsi; oppure aiuto completo, tre o più giorni nell'ultima settimana, ma non tutti i giorni.
- E Dipendenza totale: necessita di aiuto da parte di altri tutti i giorni.

#### **MG Aiuto fornito nella mobilità a letto (considerare il maggior aiuto fornito) (FACOLTATIVO)**

- Nessuna risposta
- A Nessun aiuto.
- B Solo organizzazione.
- C Presenza / aiuto di una persona.
- D Aiuto di una o più persone.

### **SEZIONE NUTRIZIONE**

#### **NB Disfagia – Presenza (FACOLTATIVO)**

- Nessuna risposta
- No
- Sì

#### **NC Disfagia – Tipologia e gravità: se è presente, come si manifesta? (FACOLTATIVO)**

- Nessuna risposta
- B Iniziale, cioè rallentamento e scarsa efficienza della deglutizione (compresa presbifagia).
- C Soltanto per i cibi solidi.
- D Soltanto per i cibi semiliquidi e/o liquidi.
- E Moderata - severa per i cibi di qualsiasi consistenza (solidi, semiliquidi e liquidi).
- F Completa (non riesce a deglutire nulla oppure deglutisce soltanto la saliva).

#### **ND Capacità di assunzione dei cibi riguardo a dimensioni, grado di coesione, omogeneità e viscosità e correlata necessità di selezione, preparazione o trattamento preventivo degli stessi (per problemi di masticazione con o senza dentiera, ecc.) (FACOLTATIVO)**

- Nessuna risposta
- A Senza particolari problemi: assume qualsiasi tipo di alimento riguardo a dimensioni, grado di coesione, omogeneità e viscosità.
- B Assume cibi duri con fatica o preparati / trattati / selezionati riguardo a dimensioni, grado di coesione, omogeneità e viscosità.
- C Ingerisce solo cibi molli (semiliquidi o liquidi).
- D Non si alimenta per bocca.

#### **NE Necessità e modalità di alimentazione artificiale (FACOLTATIVO)**

- Nessuna risposta
- A Non ne ha bisogno.
- B Necessita di nutrizione artificiale (estemporanea, integrante o esclusiva) ma la rifiuta.
- C Si alimenta per via artificiale in modo estemporaneo (integrante o esclusiva).
- D Si sottopone a supplementazione nutrizionale costante per via artificiale.
- E Si alimenta esclusivamente per via artificiale in modo definitivo.

#### **NF Tipologia di alimentazione artificiale (FACOLTATIVO)**

- Nessuna risposta
- B Per via enterale.
- C Per via enterale e parenterale.
- D Per via parenterale.

### **SEZIONE RESPIRAZIONE**

#### **RA Dispnea - Presenza (nel caso di utilizzo di sistemi di supporto - per es. ventilazione meccanica continua e non - registrare se il sintomo è effettivamente presente o assente e non rilevare come sarebbe se la persona non li utilizzasse) (FACOLTATIVO)**

- Nessuna risposta
- No (segnare No anche quando la dispnea si presenta esclusivamente sotto sforzo fisico intenso, cioè con esercizi faticosi)
- Sì

**RB Dispnea - Gravita': Se e' presente, in quali condizioni si manifesta? (nel caso di utilizzo di sistemi di supporto applicare gli stessi criteri di registrazione del campo precedente →Dispnea - Presenza→) (FACOLTATIVO)**

- Nessuna risposta
- B Si presenta sotto sforzo moderato (per es. corsa o camminata veloce in piano oppure andatura normale in leggera salita).
- C Compare a seguito di attività fisica ordinaria (per es. la persona cammina più adagio delle persone della stessa età in piano a causa della dispnea oppure deve fermarsi a prendere fiato durante una camminata a passo normale/abituale).
- D Si manifesta durante attività fisica ridotta rispetto all'ordinario (per es. la persona deve fermarsi a prendere fiato dopo camminata in piano di 90 metri o di pochi minuti).
- E E' presente per attività fisiche minimali (per es.: vestirsi o svestirsi, ecc.) oppure a riposo.

**RC Ventilazione / respirazione forzata (nelle ultime 2 settimane) (FACOLTATIVO)**

- Nessuna risposta
- A Non ha bisogno del ventilatore.
- B Avrebbe bisogno del ventilatore, ma lo rifiuta.
- C Si sottopone a ventilazione meccanica notturna.
- D Si avvale della ventilazione meccanica intermittente diurna e notturna.
- E E' totalmente dipendente dalla ventilazione meccanica (24 h su 24/die).