

SCHEDA DI VALUTAZIONE
PER L'INDIVIDUAZIONE DELLA CLASSE DI BISOGNO ASSISTENZIALE
FONDO SLA - DPRReg. 201/2012

VALUTATORE

Azienda Sanitaria
Distretto
Nome
Cognome
Codice Fiscale

DATI ANAGRAFICI PAZIENTE

Distretto
Ambito
Nome
Cognome
Data di nascita
Comune di nascita
Codice Fiscale

Data

Firma del valutatore

AREA FUNZIONALE NUTRIZIONE

N A - Mangiare - Autosufficienza nel mangiare

- 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).

N B - Disfagia - Presenza

- No
- Sì

N C - Disfagia - Tipologia e gravità: Se è presente, come si manifesta?

- 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).

N D - 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, deglutizione, digestione, ecc.)

- 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.

N E - Necessità e modalità di alimentazione artificiale

- 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.

N F - Tipologia di alimentazione artificiale

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

AREA FUNZIONALE COMUNICAZIONE

C A - Capacità di comunicare a prescindere dal tipo di comunicazione utilizzata (vocale o non vocale)

- 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. È incapace di comunicare.

C B - Modalità di comunicazione

- 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.

C C - Disartria (disturbi della fonazione) - Presenza

- No
- Sì

C D - Disartria - Tipologia e gravità: Se è presente, come si manifesta?

- B. Disartria lieve e/o occasionale (non rallenta né ritarda il processo comunicativo).
- C. Disartria moderata (la persona produce un linguaggio intelligibile ma con ripetizioni, 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.

AREA FUNZIONALE MOTRICITÀ

M A - Scale

- 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.

M B - Cammino

- 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.

M C - Sedia a rotelle

- 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.

M D - Autosufficienza nei trasferimenti (dal/al letto carrozzina, letto poltrona/sedia, in piedi)

- 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.

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

- 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.

M F - Autosufficienza nella mobilità a letto

- 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.

M G - Aiuto fornito nella mobilità a letto (considerare il maggior aiuto fornito)

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

M H - Vestire

- 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.

AREA FUNZIONALE RESPIRAZIONE

R A - 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)

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

R B - Dispnea - Gravità: Se è 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")

- 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. È presente per attività fisiche minimali (per es.: vestirsi o svestirsi, ecc.) oppure a riposo.

R C - Ventilazione / respirazione forzata (nelle ultime 2 settimane)

- 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. È totalmente dipendente dalla ventilazione meccanica (24 h su 24/die).

R D - Cura tracheostomia (nelle ultime 2 settimane)

- No
- Sì