

REPUBBLICA ITALIANA

Anno 64° - Numero 30

GAZZETTA  **UFFICIALE**
DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

Palermo - Giovedì, 14 luglio 2011

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDI'
Sped. in a.p., comma 20/c, art. 2,
L. n. 662/96 - Filiale di Palermo

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2-E, 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL. 091/7074930-928-804 - ABBONAMENTI TEL. 091/7074925-931-932 - INSERZIONI TEL. 091/7074936-940 - FAX 091/7074927

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 29 giugno 2011.

Adozione della scheda di valutazione multidimensionale S.Va.M.Di quale strumento valutativo per persone con disabilità.

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 29 giugno 2011.

Adozione della scheda di valutazione multidimensionale S.Va.M.Di quale strumento valutativo per persone con disabilità.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;
Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833;
Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
Visto il D.P.C.M. 14 febbraio 2001, art. 4, comma 3;
Visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001, recante la definizione dei livelli essenziali di assistenza;
Visto il decreto 12 novembre 2007, recante "Linee guida in materia di valutazione multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti;
Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale";
Visto il documento Piano sanitario regionale "Piano della salute 2011-2013";

Considerata la necessità di adottare uno specifico sistema di valutazione multidimensionale per persone con disabilità in linea con gli orientamenti internazionali e nazionali;

Visto l'elaborato prodotto dal tavolo tecnico all'uopo individuato;

Ritenuto doversi procedere all'adozione dello specifico strumento di valutazione multidimensionale per persone con disabilità;

Decreta:

Art. 1

Per le ragioni di cui in premessa che qui si intendono riportate, è adottata la scheda di valutazione multidimensionale S.Va.M.Di quale strumento valutativo per persone con disabilità di cui all'allegato che costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 2

Il presente decreto sarà trasmesso alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la pubblicazione.

Palermo, 29 giugno 2011.

RUSSO

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA
NON VALIDA PER LA COMMUNICAZIONE

S.Va.M.Di.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità Regione Sicilia

Sig./ra

Data di domanda / /

Attivazione Verifica

Tessera sanitaria

es. ticket

Codice fiscale

Data di nascita

Sesso Femmina Maschio

Residenza: via

Tel

Comune Distretto Socio Sanitario n°

Prov.

Medico di Medicina Generale:

tel.

e-mail:

Assistente Sociale: tel.

e-mail:

Persona di riferimento tel

e – mail.....

grado di parentela

Via

Comune

DIAGNOSI delle attuali principali condizioni di salute

Indicare la codifica nosologica in codice ICD X ICD X Diagnosi

Diagnosi (Indicare con una X il tipo di diagnosi)

Principale

Comorbidità

1.

2.

3.

4.

5.

Valutare tramite CIRS (vedi allegato 5)

Fonte diagnosi:

Paziente

Familiari

M.M.G

Altro

INFORMAZIONI SINTETICHE SULLO STATO DI SALUTE

Altezza: _____ cm. Peso: _____ Kg

Sta assumendo qualche farmaco?: NO SI

Se sì, specificare i farmaci principali che sta assumendo:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Utilizza qualche ausilio come occhiali, apparecchio acustico, sedia a rotelle ecc.?

NO SI

Se sì, specificare il tipo di ausilio fornito:

Sta ricevendo qualche tipo di trattamento sanitario per la sua salute? NO SI

Se sì, specificare il tipo di assistenza fornito:

Ulteriori informazioni significative sullo stato di salute:

CLUSTER E PROFILI DI GRAVITA' CLUSTER E PROFILI DI FUNZIONAMENTO

CODIFICA PROGETTO INDIVIDUALE

01 Interventi domiciliari

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> assistenza domiciliare integrata ADI | <input type="checkbox"/> assistenza domiciliare SAD |
| <input type="checkbox"/> assegno di sollievo | <input type="checkbox"/> buono servizio per _____ |
| <input type="checkbox"/> aiuto personale L.162/98 | <input type="checkbox"/> programma Vita Indipendente |
| <input type="checkbox"/> autonomia personale L.284/97 | |

02 Centro Diurno

03 trasporto

04 integrazione lavorativa

04 progetto inserimento sociale lavorativo

05 assistenza scolastica

06 ausili

07 altro

07 Residenzialità

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comunità Alloggio | <input type="checkbox"/> Comunità Residenziale |
| <input type="checkbox"/> R.S.A. | <input type="checkbox"/> altro |

VERBALE U.V.M.D.

COGNOME

NOME

data di nascita / /

SULLA BASE DELLA DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI E DI QUANTO EMERSO DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, L'U.V.M.D. PRENDE LE SEGUENTI DECISIONI (definizione del progetto complessivo cui concorrono diversi enti e servizi):

Referente del progetto:

Verifica programmata:

convocati presenti PARTECIPANTI

Nome

Firma

1

1

Responsabile U.V.M.D.

2

2

3

3

4

4

5

5

6

6

7

7

8

8

DATA:

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.M.D.

MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI CORPOREE

- Le Funzioni Corporee sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (incluse le funzioni psicologiche)
- Le Menomazioni sono problemi nella funzione del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significative

Qualificatore: Estensione delle menomazioni

0 Nessuna menomazione (assente, trascurabile,..., 0-4%).

1 Menomazione lieve (leggera, piccola, ... 5-24%).

2 Menomazione media (moderata, discreta, ...25-49%).

3 Menomazione grave (notevole, estrema,50-95%).

4 Menomazione completa (totale, 96-100%).

8 Non specificato significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.

9 Non applicabile significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione perdonne in età di pre-menarca o di post-menopausa).

Breve Lista delle Funzioni Corporee

Qualificatore

B1. FUNZIONI MENTALI

b110 Coscienza

b114 Orientamento (tempo, spazio, persona) (valutata tramite MMSE; Vedi allegato 2)

b117 Intelletto (compresi Ritardo, Demenza)

b126 Funzioni del temperamento e della personalità (Valutata tramite NPI
Neuropsychiatric Inventory Vedi allegato 4)

b134 Sonno

b144 Memoria (Valutata tramite MMSE)

b147 Funzioni psicomotorie (valutare eventuale rallentamento psicomotorio
o agitazione psicomotoria)

b164 Funzioni cognitive di livello superiore (Valutate tramite MMSE)

b167 Linguaggio (valutato tramite Anamnesi e MMSE)

B2. FUNZIONI SENSORIALI E DOLORE

b210 Vista

b230 Udito

b235 Funzioni vestibolari (compreso l'equilibrio)

b280 Dolore

B3. FUNZIONI DELLA VOCE E DELL'ELOQUIO

b310 Voce

b330 Funzioni della fluidità e del ritmo dell'eloquio

B4. FUNZIONI DEI SISTEMI CARDIOVASCOLARE, EMATOLOGICO, IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO

b410 Cuore

b420 Pressione sanguigna

b435 Sistema immunologico (allergie, ipersensibilità)

b440 Respirazione (respiro)

B5. FUNZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO

b515 Digestione

b525 Alvo

b530 Mantenimento del peso

b550 Termoregolazione

b555 Ghiandole endocrine (alterazioni ormonali)

B6. FUNZIONI GENITOURINARIE E RIPRODUTTIVE

b620 Funzioni urinarie

b640 Funzioni sessuali

b650 Funzioni mestruali

B7. FUNZIONI NEURO-MUSCOLO-SCHELETRICHE E CORRELATE AL MOVIMENTO

b710 Mobilità dell'articolazione

b730 Forza muscolare

b735 Tono muscolare

b760 Funzione di controllo del movimento volontario

b765 Movimento involontario

**B8. FUNZIONI DELLA CUTE E DELLE STRUTTURE CORRELATE
OGNI ALTRA FUNZIONE CORPOREA**

PARTE 1b: MENOMAZIONI DELLE STRUTTURE CORPOREE

- Le strutture corporee sono le parti anatomiche del corpo come gli organi, gli arti e le loro componenti.
- Le menomazioni sono problemi nella struttura del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significative.

Qualificatore: Estensione delle menomazioni

0 Nessuna menomazione (assente, trascurabile,..., 0-4%).

1 Menomazione lieve (leggera, piccola, ... 5-24%).

2 Menomazione media (moderata, discreta, ...25-49%)

3 Menomazione grave (notevole, estrema,50-95%).

4 Menomazione completa (totale, 96-100%).

8 Non specificato significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.

9 Non applicabile significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).

Breve Lista delle Strutture Corporee

Qualificatore

S1. STRUTTURE DEL SISTEMA NERVOSO

S2. OCCHIO, ORECCHIO E STRUTTURE CORRELATE

S3. STRUTTURE COINVOLTE NELLA VOCE E NELL'ELOQUIO

**S4. STRUTTURE DEI SISTEMI CARDIOVASCOLARE,
IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO**

**S5. STRUTTURE CORRELATE ALL'APPARATO DIGERENTE E
AI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO**

S6. STRUTTURE CORRELATE AL SISTEMA GENITOURINARIO E RIPRODUTTIVO

S7. STRUTTURE CORRELATE AL MOVIMENTO

S8 CUTE E STRUTTURE CORRELATE

OGNI ALTRA STRUTTURA CORPOREA _____

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

1. documenti scritti

2. soggetto interessato

3. informazioni fornite da altri

4. osservazione diretta

Nome e cognome del compilatore

Ruolo

Firma

Data

PARTE 2/3: LIMITAZIONI DELL'ATTIVITA' / RESTRIZIONI DELLA PARTECIPAZIONE E FATTORI AMBIENTALI

- L'Attività è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. La Partecipazione è il coinvolgimento in una situazione di vita.
- Le Limitazioni dell'Attività sono le difficoltà che un individuo può incontrare nello svolgere delle attività. Le Restrizioni alla Partecipazione sono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni della vita.
- I fattori ambientali costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico, sociale e degli atteggiamenti, in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.

Il **qualificatore Performance** indica il **grado della restrizione nella partecipazione** descrivendo l'**attuale performance** delle persone in un compito o in un'azione **nel loro ambiente reale**. Poiché l'ambiente reale introduce al contesto sociale, performance può essere intesa come "coinvolgimento in una situazione di vita" o "esperienza vissuta" delle persone nel contesto reale in cui vivono.

Questo contesto include i fattori ambientali - tutti gli aspetti del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti - che possono essere codificati usando la componente Fattori Ambientali. Il qualificatore Performance misura la difficoltà che la persona incontra nel **fare le cose, ammesso che le voglia fare**.

Il **qualificatore Capacità** indica il grado di limitazione nell'attività descrivendo l'**abilità della persona** ad eseguire un compito o una azione. Il qualificatore Capacità focalizza l'attenzione sulle limitazioni che sono caratteristiche inerenti o intrinseche delle persone stesse. Queste limitazioni dovrebbero essere manifestazioni dirette dello stato di salute della persona, **senza assistenza**. Per assistenza intendiamo l'aiuto di un'altra persona, o l'assistenza fornita da un veicolo o da uno strumento adattato o appositamente progettato o qualsiasi modificazione ambientale di una stanza, della casa, del posto di lavoro, ecc. Il livello dovrebbe essere valutato relativamente alle capacità normalmente attese per quella persona o alle capacità della persona prima delle attuali condizioni di salute.

QUALIFICATORI DI ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE QUALIFICATORI DI FATTORI AMBIENTALI

Primo Qualificatore: Performance
Grado di restrizione della Partecipazione

Secondo Qualificatore: Capacità (senza influenza dell'ambiente o assistenza)
Grado di limitazione dell'Attività

0 Nessuna difficoltà significa che la persona non presenta il problema.

0 Nessun problema (assente, trascurabile,..., 0-4%).

1 Problema lieve (leggera, piccola, ... 5-24%).

2 Problema medio (moderato, discreto, ...25-49%)

3 Problema grave (notevole, estremo,50-95%).

4 Problema completo (totale, 96-100%)

8 Non specificato significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della difficoltà.

9 Non applicabile significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).

Breve lista di dimensioni Attività & Partecipazione

D1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLA CONOSCENZA	Performance	Capacità
d110 guardare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d115 ascoltare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d130 copiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d166 leggere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d169 scrivere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d172 calcolare (valutato tramite MMSE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3. COMUNICAZIONE		
d310 Comunicare con - ricevere - messaggi verbali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d315 Comunicare con - ricevere - messaggi non-verbali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d330 Parlare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d335 Produrre messaggi non-verbali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d350 Conversazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d360 utilizzo di apparecchiature e ausili per la comunicazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4. MOBILITÀ		
d410 cambiare posizione di base:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immobile a letto <input type="checkbox"/>		
Sdraiato-Assiso <input type="checkbox"/>		
Assiso-Eretto <input type="checkbox"/>		
d430 Sollevare e trasportare oggetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d440 Uso fine della mano (raccolgere, afferrare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d450 Camminare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d455 Spostarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d465 Spostarsi usando apparecchiature/ausili (sedia a rotelle, deambulatore, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d470 Usare un mezzo di trasporto (auto, bus, treno, aereo, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d475 Guidare (andare in bici o motocicletta, guidare l'auto, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA		
d510 Lavarsi (fare il bagno, asciugarsi, lavarsi le mani, ecc..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d520 Prendersi cura di singole parti del corpo (lavarsi i denti, radersi, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d530 Bisogni corporali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d540 Vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d550 Mangiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d560 Bere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d570 Prendersi cura della propria salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D6. VITA DOMESTICA

d620 Procurarsi beni e servizi (fare la spesa, ecc.) (valutato tramite IADL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d630 Preparare i pasti (cucinare, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d640 Fare i lavori di casa (pulire la casa, lavare i piatti, fare il bucato, stirare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d660 Assistere gli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D8. AREE DI VITA PRINCIPALI

Indicare la voce corrispondente al livello di istruzione dell'assistito:

d810 Istruzione informale	<input type="checkbox"/>
d820 Istruzione scolastica	<input type="checkbox"/>
d830 Istruzione superiore	<input type="checkbox"/>
d840 Apprendistato	<input type="checkbox"/>
d850 Lavoro retribuito	<input type="checkbox"/>
d855 Lavoro non retribuito	<input type="checkbox"/>
d860 Transazioni economiche semplici	<input type="checkbox"/>
d870 Autosufficienza economica	<input type="checkbox"/>

D9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ

d910 Vita nella comunità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d920 Ricreazione e tempo libero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d930 Religione e spiritualità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUALUNQUE ALTRA ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> documenti scritti | 3. <input type="checkbox"/> informazioni fornite da altri |
| 2. <input type="checkbox"/> soggetto interessato | 4. <input type="checkbox"/> osservazione diretta |

Nome e cognome del compilatore

Ruolo

Data

Firma

"Descrizione sintetica di tutti i Fattori Personali che possono avere un impatto sullo stato funzionale"

(es. stile di vita, abitudini, contesto sociale, educazione, eventi della vita, razza/etnia, orientamento sessuale e beni dell'individuo, rapporti all'interno della famiglia, con la famiglia allargata, con la comunità (la rete sociale), eventuali problematiche - il carico assistenziale richiesto dal disabile e chi lo sostiene in famiglia - gli ostacoli alla partecipazione alla vita comunitaria e allo sviluppo delle autonomie - gli ausili utilizzati o da prevedere)

VALUTAZIONE SOCIALE

Stato civile attuale:

- 1 Celibe/Nubile
 2 Attualmente coniugato/a
 3 Separato/a
 4. : Divorziato/a
 5. Vedovo/a
 6. Convivente

Anni di scolarità n. _____

Scuola frequentata

- 1 scuola materna / nido
 4 formazione professionale
 2 elementare
 5 medie superiori
 3 scuola medie inf.
 6 università

Istruzione

- 1 nessun titolo
 4 scuola professionale
 2 licenza elementare
 5 media superiore
 3 media inferiore
 6 laurea

Esperienza lavorativa 1 No

2 Sì ---- Specificare:

Situazione lavorativa attuale:

- 1 Lavoro dipendente
 2 Lavoro autonomo
 3 Lavoro non retribuito (es. volontariato)
 4 Studente
 5 Casalinga/o
 6. Pensionata/o
 7. Disoccupata/o (per motivi di salute)
 8. Disoccupata/o (per altri motivi)
 9. Altro (specificare) _____

CERTIFICAZIONI

Invalidità civile

1 sì 2 no Grado riconosciuto

Diagnosi di invalidità

Necessità di accompagnatore per deambulare

1 sì 2 no

Necessità di assistenza continua

1 sì 2 no

Minore in difficoltà

1 sì 2 no

Cieco assoluto

1 sì 2 no

Minore ipoacusico

1 sì 2 no

Sordomuto

1 sì 2 no

Invalidità INAIL

1 sì 2 no

Persona con Disabilità (L. 104/92 art. 3 c. 1)

1 sì 2 no

Persona con Disabilità (L. 104/92 art. 3 c. 3)

1 sì 2 no

Condizione di Disabilità per Inserim. Lav. (L.68/99)

1 sì 2 no

Certificazione L. 104/92 ai fini dell'inserimentoscolastico

1 sì 2 no

Persona inabilitata

1 sì 2 no

Con amministratore di sostegno

1 sì 2 no

Persona interdetta

1 sì 2 no

Situazione familiare

1. Cognome e nome Età Indirizzo lontananza ² si occupa di ³	Barthel Index <input type="checkbox"/>	parentela ¹ professione telefono intensità iADL <input type="checkbox"/>	supervisione <input type="checkbox"/>
2. Cognome e nome Età Indirizzo lontananza ² si occupa di ³	Barthel Index <input type="checkbox"/>	parentela ¹ professione telefono intensità iADL <input type="checkbox"/>	supervisione <input type="checkbox"/>
3. Cognome e nome Età Indirizzo lontananza ² si occupa di ³	Barthel Index <input type="checkbox"/>	parentela ¹ professione telefono intensità iADL <input type="checkbox"/>	supervisione <input type="checkbox"/>
4. Cognome e nome Età Indirizzo lontananza ² si occupa di ³	Barthel Index <input type="checkbox"/>	parentela ¹ professione telefono intensità iADL <input type="checkbox"/>	supervisione <input type="checkbox"/>
5. Cognome e nome Età Indirizzo lontananza ² si occupa di ³	Barthel Index <input type="checkbox"/>	parentela ¹ professione telefono intensità iADL <input type="checkbox"/>	supervisione <input type="checkbox"/>
6. Cognome e nome Età Indirizzo lontananza ² si occupa di ³	Barthel Index <input type="checkbox"/>	parentela ¹ professione telefono intensità iADL <input type="checkbox"/>	supervisione <input type="checkbox"/>

Altre persone attive (compreso personale privato)

- 1.
- 2.
- 3.

C = coniuge, FI = figlio/a, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno/a, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NU = genero/nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini, C = convivente
²V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora
³ crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna)

DOMANDA DI INTERVENTO:**La persona è informata della domanda?****01** sì**02** no**Tipologia della domanda (una sola risposta)****01** generica**02** interventi domiciliari**03** inserimento diurno**04** residenzialità**05** assistenza scolastica**06** integrazione lavorativa**07** altro**Contesto familiare****1** Singolo**2** Famiglia**3** Struttura residenziale**4** Altro**Iniziativa della domanda (una sola risposta)****01** propria**02** familiare**03** assistente sociale**04** medico**05** tutore**06** altro soggetto (specificare:)**Medico curante:****Tel.****PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE:**

Cognome e nome

Via Comune

Tel grado di parentela

e-mail:

SITUAZIONE ABITATIVA della Persona con Disabilità**TITOLO DI GODIMENTO** (una sola risposta)**1** proprietà dell'immobiledel disabile del familiare **2** usufrutto**3** titolo gratuito**4** non proprio, non in affitto

(presso _____)

In affitto da: privato pubblicoE' in atto lo sfratto esecutivo? sì no **DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO** (una sola risposta)

rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)

1 servita**2** poco servita**3** isolata**BARRIERE ARCHITETTONICHE** (una sola risposta)**1** assenti piano: |___|**2** solo esterne ascensore sì no **3** interne

GIUDIZIO SINTETICO

- 1 abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servito)
 2 abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano la persona anziana nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi)
 3 abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato)

SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE

- Assegno – pensione invalidità civile: €
 Indennità di accompagnamento €
 Assegno / pensione invalidità INPS € Categoria:
 n. pensione:
 Altre pensioni €
 Reddito da lavoro €
 Altri redditi €
 Indennità di frequenza €
 Nessuna risorsa
 SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO: €

**ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE
DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA:**

- nessuna
 fino a €
 fino a €
 fino a €
 oltre
 copertura completa delle spese

**INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER
L'ASSISTENZA:**

- certamente no
 possibile
 certamente sì

NOTE:

NOTE (la storia della persona e il percorso nei servizi , il curriculum scolastico, l'eventuale percorso lavorativo, tirocini e stage, attitudini e aspirazioni espresse)

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

1. documenti scritti 3. informazioni fornite da altri
 2. soggetto interessato 4. osservazione diretta

Nome e cognome del compilatore

Ruolo

Data

Firma

Allegato 1:

BARTHEL INDEX: VALUTAZIONE DELLA DISABILITA'

Paziente: _____ Et : _____ Data ing. ____/____/____

Diagnosi: _____ Data dim. ____/____/____ ATTIVITA'	Punteggio Ing.	Punteggio Dim.
Alimentazione 0= incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10= indipendente		
Fare il bagno 0= dipendente 5= indipendente		
Igiene personale 0= necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)		
Vestirsi 0= dipendente 5= necessita di aiuto ma compie almeno met� del compito in tempo ragionevole 10= indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni		
Controllo del retto 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessit� di aiuto 10= continente		
Controllo della vescica 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessit� di aiuto 10= continente		
Trasferimenti nel bagno 0= dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10= indipendente con l'uso del bagno o della padella		
Trasferimenti sedia/letto 0= incapace, no equilibrio da seduto 5= in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10= minima assistenza e supervisione 15= indipendente		
Deambulazione 0= immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10= necessita di aiuto di una persona per > 45 m 15= indipendente per pi� di 45 m, pu� usare ausili (es. bastone) ad eccezione del girello		
Salire le scale 0= incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10= indipendente, pu� usare ausili		
TOTALE (0 – 100)		

Allegato 2:

Mini Mental State Evaluation (M.M.S.E.)

Test somministrabile |_| si |_| no

In che anno siamo? (0-1)

In che stagione siamo? (0-1)

In che mese siamo? (0-1)

Mi dica la data di oggi? (0-1)

Che giorno della settimana è oggi? (0-1)

Mi dica in che nazione siamo? (0-1)

In quale Regione italiana siamo? (0-1)

In quale città ci troviamo? (0-1)

A che piano siamo? (0-1)

Far ripetere: "pane, casa, gatto". La prima ripetizione dà adito al punteggio.
Ripetere finché il soggetto esegue correttamente, max 6 volte (0-3)

Far contare a ritroso da 100 togliendo 7 per cinque volte:
93 86 72 65

Se non completa questa prova, allora far sillabare all'indietro la parola:
MONDO: O - D - N - O - M - (0-5)

Chiedere la ripetizione dei tre soggetti precedenti (0-3)

Mostrare un orologio ed una matita chiedendo di dirne il nome (0-2)

Ripeta questa frase: "tigre contro tigre" (0-1)

Prenda questo foglio con la mano destra, lo pieghi e lo metta sul tavolo (0-3)

Legga ed esegua quanto scritto su questo foglio (chiuda gli occhi) (0-1)

Scriva una frase (deve ottenere soggetto e verbo) (0-1)

Copi questo disegno (pentagoni intrecciati)* (0-1)

Punteggio Totale _____

Punteggio totale corretto per età e scolarità**... _____

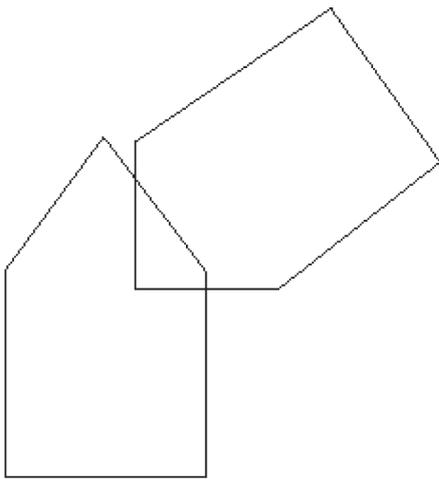
Punteggio massimo totale = 30

* Disegno:

**Coefficienti di aggiustamento del MMSE per classi di età ed educazione nella popolazione italiana.

Intervallo di età	65 - 69	70 -74	75 - 79	80 - 84	
85 - 89					
<i>Anni di Scolarizzazione</i>					
0 - 4 anni	+0,4	+0,7	+1,0	+1,5	+2,2
5 - 7 anni	-1,1	-0,7	-0,3	+0,4	+1,4
8 - 12 anni	-2,0	-1,6	-1,0	-0,3	+0,8
13 - 17 anni	-2,8	-2,3	-1,7	-0,9	+0,3

Il coefficiente va aggiunto (o sottratto) al punteggio grezzo del MMSE per ottenere il punteggio aggiustato.



Allegato 3:

Per il calcolo dell'indice **IADL (INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING)** si ricorre a una scala semplificata che prevede l'assegnazione di un punto per ciascuna funzione indipendente così da ottenere un risultato totale di performance che varia da 0 (completa dipendenza) a 8 (indipendenza in tutte le funzioni).

Per l'attribuzione del punteggio si utilizzano le seguenti istruzioni:

**IADL
(INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING)**

A) USARE IL TELEFONO

- | | |
|--|----------|
| 1) Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero e lo compone | 1 |
| 2) Compone solo alcuni numeri ben conosciuti | 1 |
| 3) E' in grado di rispondere al telefono, ma non compone i numeri | 1 |
| 4) Non è capace di usare il telefono | 0 |

B) FARE LA SPESA

- | | |
|--|----------|
| 1) Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi | 1 |
| 2) E' in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi | 0 |
| 3) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi acquisto nei negozi | 0 |
| 4) E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi | 0 |

C) PREPARARE IL CIBO

- | | |
|---|----------|
| 1) Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati | 1 |
| 2) Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti | 0 |
| 3) Scalda pasti preparati o prepara cibi ma non mantiene dieta adeguata | 0 |
| 4) Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti | 0 |

D) GOVERNO della CASA

- | | |
|---|----------|
| 1) Mantiene la casa da solo o con occasionale aiuto (ad es. lavori pesanti) | 1 |
| 2) Esegue solo compiti quotidiani leggeri ma livello di pulizia non suffic. | 1 |
| 3) Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa | 0 |
| 4) Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa | 0 |

E) FARE IL BUCATO

- | | |
|--|----------|
| 1) Fa il bucato personalmente e completamente | 1 |
| 2) Lava le piccole cose (calze, fazzoletti) | 1 |
| 3) Tutta la biancheria deve essere lavata da altri | 0 |

F) MEZZI di TRASPORTO

- | | |
|---|----------|
| 1) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto | 1 |
| 2) Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici | 1 |
| 3) Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato | 1 |
| 4) Può spostarsi solo con taxi o auto e solo con assistenza | 0 |
| 5) Non si sposta per niente | 0 |

G) ASSUNZIONE FARMACI

- | | |
|--|----------|
| 1) Prende le medicine che gli sono state prescritte | 1 |
| 2) Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi Separate | 0 |
| 3) Non è in grado di prendere le medicine da solo | 0 |

H) USO DEL DENARO

- | | |
|---|----------|
| 1) Maneggia le proprie finanze in modo indipendente | 1 |
| 2) E' in grado di fare piccoli acquisti | 1 |
| 3) E' incapace di maneggiare i soldi | 0 |

PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F+G+H) /8

Allegato 4:

UCLA NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

- 1. Il questionario verrà applicato obbligatoriamente SOLO nei casi di pazienti affetti da problemi Neuropsichiatrici di diversa origine, in caso contrario tale approfondimento rimarrà facoltativo.**
2. Le informazioni vanno raccolte con la persona che vive vicino al paziente (familiare o personale se degente in casa di riposo o istituti da vari mesi) e possono essere verificate interrogando od osservando il paziente stesso.
3. Le domande vanno poste esattamente come sono scritte, solo se il caregiver non le capisce si possono fornire delucidazioni.
4. Le domande si riferiscono sempre a modificazioni insorte dopo l'esordio della malattia. Non vanno registrate quelle caratteristiche legate alla situazione premorbose del paziente (depressione, ansietà) che non si sono modificate dopo l'esordio della malattia. **Le domande devono riferirsi alla situazione del paziente nelle 6 settimane precedenti all'intervista.**
5. Se alla domanda di screening viene risposto di no non bisogna procedere con le altre domande pertinenti alla stessa sezione. Se la risposta è invece positiva si proceda con le altre domande che vanno registrate solo se confermano la domanda di screening. In alcune circostanze specifiche potrebbe verificarsi il fatto che alcune delle sezioni non siano applicabili al paziente per la presenza di condizioni mediche interferenti con le risposte. Per esempio i pazienti allettati potrebbero presentare deliri e allucinazioni ma non presentare comportamenti motori aberranti per via delle limitazioni fisiche. In questi casi speciali l'intervistatore deve segnalare la non applicabilità della scala (N.A.). Lo stesso vale se esistono evidenti discrepanze tra quanto osservabile e quanto segnalato dal caregiver o se le risposte fornite alla sezione non vengano ritenute valide.
6. Per la determinazione della frequenza e durata dei problemi comportamentali si deve far riferimento alla legenda del questionario. Si faccia riferimento, aggiuntivamente, come paragone di frequenza e gravità al più aberrante comportamento del paziente che sia risultato dalle domande successive a quella di screening per ogni sezione del questionario.
7. Se dovesse capitare che il caregiver, dopo aver dato risposta affermativa alla domanda di screening, fornisca a tutte le successive domande della sezione una risposta negativa bisogna chiedere al caregiver di spiegare in che cosa consista il problema comportamentale. Se si tratta di una erronea interpretazione della domanda (cioè non esistono rilevanti disturbi pertinenti al tipo di problema neuropsichiatrico investigato dalla sezione) si segni NO alla domanda di screening. Se invece il problema comportamentale è presente ma viene espresso con termini diversi da quelli delle domande si deve attribuire il punteggio come di solito, cercando di far rientrare i problemi espressi nelle domande formulate nel questionario.
8. Per la valutazione della frequenza delle manifestazioni si chieda, alla fine delle domande di ciascuna sezione: "Ora vorrei sapere con quale frequenza sono presenti questi problemi (riferendosi inizialmente alla manifestazione neuropsichiatrica più grave rilevata per ogni sezione)".
9. Per la valutazione della gravità delle manifestazioni si chieda, alla fine delle domande di ciascuna sezione: "Ora vorrei sapere questi comportamenti quanto sono gravi, vorrei che mi riferisse la gravità riferendosi al grado di coinvolgimento e di disabilità sperimentato dal suo congiunto (od assistito)".
10. Per lo stress emotivo o psicologico del caregiver si chiede "Ora mi indichi quale stress o disagio le hanno provocato questi comportamenti descritti"

La versione proposta è quella validata dal Gruppo di Ricerca Geriatrica (*Binetti G, Mega MS, Magni E, Padovani A, Rozzini L, Bianchetti A, Cummings J, Trabucchi M: Behavioral disorders in Alzheimer's Disease: a transcultural perspective. Arch Neurol 1998; 55:539-544; Bianchetti A, Mettieri T: Il controllo farmacologico dei sintomi comportamentali. Geriatria 11(S1): 89-98*)

N.A.	Frequenza (a)	Gravità (b)	a x b	Distress
Deliri	[] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Allucinazioni	[] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Agitazione	[] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Depressione/disforia	[] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Ansia	[] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Euforia/esaltazione	[] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Apatia/indifferenza	[] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Disinibizione	[] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Irritabilità/labilità	[] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Attività motoria	[] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Sonno	[] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione	[] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]

Frequenza
 0=mai
 1=raramente
 2=talvolta
 3=frequentemente
 4=quasi costantemente

Gravità 1=lievi (non producono disturbo al paziente).
 2=moderati (comportano disturbo per il paziente).
 3=severi (richiedono la somministrazione di farmaci; sono molto disturbanti per il paziente).

Stress emotivo o psicologico
 0= Nessuno
 1= Minimo
 2= Lieve
 3= Moderato
 4= Severo
 5= Grave

A. Deliri**(NA)**

Il paziente crede cose che non sono vere? Per esempio, insiste sul fatto che qualcuno sta cercando di fargli del male o di rubargli qualcosa. Dice che i componenti della famiglia non sono chi dicono di essere, o che la casa non è la sua? Non mi riferisco a semplice sospettosità; siamo interessati a sapere se il paziente sia convinto che queste cose gli stiano realmente accadendo.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente crede di essere in pericolo o che qualcuno voglia fargli del male ? _____
2. Il paziente crede che qualcuno lo stia derubando? _____
3. Il paziente crede che il/la proprio/a marito/moglie lo tradisca? _____
4. Il paziente crede che ospiti indesiderati vivano nella sua casa? _____
5. Il paziente crede che il/la proprio/a marito/moglie od altre persone non siano in realtà chi dicono di essere? _____
6. Il paziente crede che la propria abitazione non sia casa propria? _____
7. Il paziente crede che i familiari vogliano abbandonarlo? _____
8. Il paziente crede che le immagini della televisione o le fotografie delle riviste siano realmente presenti in casa? [Cerca di interagire con esse?] _____
9. Il paziente crede altre cose insolite di cui non le ho chiesto? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - una o più volte al giorno

Gravità:

1. Lievi: deliri presenti ma sembrano innocui e producono poco disturbo al paziente
2. Moderati: i deliri sono disturbanti e dirompenti
3. Marcati: i deliri sono molto distruttivi e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali. [Se sono prescritti farmaci sedativi ciò costituisce un indice di marcata gravità dei deliri].

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

B. Allucinazioni**(NA)**

Il paziente ha allucinazioni, cioè vede o sente cose che non esistono? Sembra vedere, sentire o provare cose non presenti? Con questa domanda non intendiamo solamente convinzioni sbagliate, cioè affermare che una persona morta sia ancora viva; piuttosto vogliamo sapere se il paziente presenta la percezione non normale di suoni o di visioni.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente dice di sentire delle voci o si comporta come se le sentisse? _____
2. Il paziente parla con persone che non sono presenti? _____
3. Il paziente riferisce di vedere cose che gli altri non vedono o si comporta come se vedesse cose che gli altri non vedono (come persone, animali, luci..)? _____
4. Il paziente dice di sentire odori che gli altri non sentono? _____
5. Il paziente riferisce di sentire cose che strisciano o lo toccano sulla pelle? _____
6. Il paziente riferisce di percepire sapori senza una causa nota? _____
7. Il paziente riferisce altre esperienze sensoriali insolite? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - una o più volte al giorno

Gravità:

1. Lievi: allucinazioni presenti ma sembrano innocue e producono poco disturbo al paziente
2. Moderate: le allucinazioni sono disturbanti e dirompenti.
3. Marcate: le allucinazioni sono molto distruttive e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali. Farmaci sedativi potrebbero essere necessari per controllare le allucinazioni.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

C. Agitazione/Aggressività**(NA)**

Il paziente ha periodi durante i quali rifiuta di collaborare o durante i quali non si lascia aiutare dagli altri? È difficile da gestire?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente diviene irritato con chi cerca di assisterlo o resiste ad attività come il bagno od il cambio dei vestiti? _____
2. Il paziente è ostinato, volendo le cose fatte a modo suo? _____
3. Il paziente non collabora, resiste se aiutato da altri? _____
4. Il paziente presenta altri comportamenti che rendono difficoltosa la sua gestione? _____
5. Il paziente grida o bestemmia in modo arrabbiato? _____
6. Il paziente sbatte le porte, dà calci ai mobili, lancia gli oggetti? _____
7. Il paziente tenta di far male o di colpire gli altri? _____
8. Il paziente presenta altri comportamenti aggressivi o altre forme di agitazione? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - una o più volte al giorno

Gravità:

1. Lieve: il comportamento è disturbante ma può essere controllato con supervisione o rassicurazioni.
2. Moderata: comportamento disturbante e difficile da sviare o controllare.
3. Marcata: l'agitazione è molto disturbante e rappresenta uno dei problemi principali; può esserci pericolo per la sicurezza personale. I farmaci sono spesso necessari.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

D. Depressione/Disforia**(NA)**

Il paziente sembra essere triste o depresso? Dice di sentirsi triste o depresso?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente ha dei periodi di malinconia o di pianto che sembrano indicare tristezza? _____
2. Il paziente parla o si comporta come se fosse triste o giù di corda? _____
3. Il paziente si abbatte o dice di sentirsi un fallito? _____
4. Il paziente dice di essere una persona cattiva o si aspetta di essere punito? _____
5. Il paziente sembra molto scoraggiato o dice di non avere speranze per il futuro? _____
6. Il paziente dice di essere un peso per la propria famiglia o che la propria famiglia starebbe meglio senza di lui? _____
7. Il paziente dice di desiderare la morte o dice di volersi uccidere? _____
8. Il paziente presenta altri segni di depressione o di tristezza? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: la depressione è disturbante ma può essere controllata con supervisione o rassicurazioni.
2. Moderata: la depressione è disturbante, i sintomi depressivi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare.
3. Marcato: la depressione è molto disturbante e rappresenta uno delle principali cause di sofferenza per il paziente.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

E. Ansia**(NA)**

Il paziente è molto nervoso, allarmato, spaventato senza veri motivi? Sembra molto teso o agitato? È impaurito dal rimanere lontano da voi?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente dice di essere allarmato per le cose che succederanno nel futuro? _____
2. Il paziente ha dei momenti in cui si sente debole, incapace di rilassarsi oppure si sente eccessivamente teso? _____
3. Il paziente ha momenti (o si lamenta) di respiro corto, è ansimante, sospirante senza apparente ragione se non nervosismo? _____
4. Il paziente si lamenta di avere le "rane" nello stomaco, di batticuore quando è nervoso (Sintomi non spiegabili da malattie)? _____
5. Il paziente evita certi posti o situazioni che lo rendono più nervoso, quali viaggiare in automobile, incontrare amici oppure stare tra la folla? _____
6. Il paziente diventa nervoso e disturbato se viene separato da voi (o da chi lo assiste)? [Vi sta accanto per evitare la separazione?] _____
7. Il paziente manifesta altri segni di ansia? _____

Se alla domanda di screening viene risposto affermativamente, determinare la frequenza e la gravità dell'ansia.

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità

1. Lieve: l'ansia è disturbante ma può essere controllata con supervisione o rassicurazioni.
2. Moderata: l'ansia è disturbante, i sintomi ansiosi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare.
3. Marcata: l'ansia è molto disturbante e rappresenta una delle principali cause di sofferenza per il paziente.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

F. Esaltazione/Euforia**(NA)**

Il paziente è eccessivamente felice o allegro senza motivo? Non si intende la normale felicità mostrata alla vista di amici, quando si ricevono regali, o quando si sta coi parenti. Vi sto chiedendo se il paziente ha un persistente ed anormale stato di euforia o se trova ridicole cose che gli altri non trovano divertenti.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente sembra sentirsi eccessivamente bene o essere troppo felice, in modo differente dal solito? _____
2. Il paziente trova ridicole e ride per cose che altri non ritengono spiritose? _____
3. Il paziente ha un senso dell'umorismo da bambino con la tendenza a ridacchiare o ridere quando non è il caso (come per esempio quando qualche contrattempo colpisce altre persone)? _____
4. Il paziente fa degli scherzi o compie osservazioni che sono poco spiritose ma che lui pensa divertenti? _____
5. Il paziente compie scherzi come dare pizzicotti oppure fa dei giochetti solo per divertimento? _____
6. Si vanta o dice di essere molto più bravo o più ricco di quanto sia veramente? _____
7. Il paziente mostra altri segni che indicano che si sente troppo bene o troppo felice? _____

Se alla domanda di screening viene risposto affermativamente, determinare la frequenza e la gravità dell'esaltazione/euforia.

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: l' esaltazione è evidente ma non dirompente
2. Moderata: l' esaltazione è evidentemente anormale.
3. Marcato: l'esaltazione è molto pronunciata; il paziente è euforico e trova quasi tutto ridicolo.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

G. Apatia/Indifferenza**(NA)**

Il paziente ha interesse verso il mondo che lo circonda? Ha perso interesse nel fare le cose o è meno motivato ad iniziare cose nuove? Il paziente ha difficoltà nell'introdursi in conversazioni o nelle faccende di casa? Il paziente è apatico o indifferente?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente è meno spontaneo o meno attivo del solito? _____
2. Il paziente è meno disponibile ad iniziare conversazioni? _____
3. Il paziente si comporta meno affettuosamente o mostra perdita delle emozioni rispetto al solito? _____
4. Il paziente contribuisce meno alle faccende di casa? _____
5. Il paziente sembra meno interessato alle attività ed ai progetti degli altri? _____
6. Il paziente ha perso interesse verso gli amici ed i parenti? _____
7. Il paziente è meno entusiasta dei suoi interessi? _____
8. Il paziente mostra altri segni di noncuranza nel fare cose nuove? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: l'apatia è evidente ma produce poca interferenza con la routine di tutti i giorni; solo lievemente differente dal comportamento abituale del paziente; il paziente risponde a stimolazioni ed è coinvolto in attività.
2. Moderata: l'apatia è molto evidente; può essere superata con l'incoraggiamento e la persuasione del caregiver; risponde spontaneamente solo ad eventi importanti quali visite di parenti o di famigliari.
3. Marcato: l'apatia è molto evidente ed usualmente non risponde ad alcun incoraggiamento od evento esterno.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

H. Disinibizione (NA)

Il paziente sembra agire impulsivamente senza pensarci? Fa o dice cose che di solito non dice o non fa in pubblico? Fa cose imbarazzanti per voi o per altri?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente agisce impulsivamente senza apparentemente considerare le conseguenze? _____
2. Il paziente parla ad estranei come se li conoscesse? _____
3. Il paziente dice delle cose offensive od irrispettose? _____
4. Il paziente dice cose volgari o fa apprezzamenti sessuali che di solito non faceva? _____
5. Il paziente parla apertamente di cose private che di solito non discuteva in pubblico? _____
6. Il paziente si prende delle libertà o tocca oppure abbraccia altre persone in modo diverso dal solito comportamento? _____
7. Il paziente mostra altri segni di disinibizione? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: la disinibizione è evidente ma usualmente risponde alle correzioni.
2. Moderata: la disinibizione è molto evidente e difficile da superare da parte del caregiver.
3. Marcato: la disinibizione solitamente non risponde ad interventi da parte del caregiver ed è fonte di imbarazzo o di difficoltà sociali.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

I. Irritabilità/Labilità**(NA)**

Il paziente si irrita o si arrabbia con facilità? Il suo umore è molto variabile? È impaziente in modo anormale? Non intendiamo frustrazione per le difficoltà di memoria o l'incapacità di compiere semplici operazioni; vogliamo sapere se il paziente presenta un'irritabilità anomala, impazienza o rapidi cambiamenti di umore che si differenziano dal solito.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente ha un brutto carattere, "perde le staffe" per piccole cose? _____
2. Il paziente presenta rapidi cambiamenti di umore, passando dalla serenità alla rabbia? _____
3. Il paziente presenta improvvisi momenti di rabbia? _____
4. Il paziente è insofferente, si innervosisce per i ritardi o attende ansiosamente di portare a termine le cose che aveva programmato? _____
5. Il paziente è irritabile e nervoso? _____
6. Il paziente borbotta frequentemente e risulta difficile sopportarlo? _____
7. Il paziente presenta altri segni di irritabilità? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: la irritabilità o la labilità è evidente ma usualmente risponde alle correzioni ed alle rassicurazioni.
2. Moderata: la irritabilità o la labilità è molto evidente e difficile da controllare da parte del caregiver.
3. Marcato: la irritabilità o la labilità sono molto evidenti; solitamente non rispondono ad interventi da parte del caregiver e sono uno dei principali problemi.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

J. Comportamento motorio aberrante**(NA)**

Il paziente continua a camminare, continua a fare e rifare le stesse cose come aprire gli armadi o i cassetti, oppure sposta in continuazione gli oggetti o attorciglia le stringhe od i lacci?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente cammina per la casa senza un preciso scopo? _____
2. Il paziente si aggira per la casa aprendo e rovistando cassetti ed armadi? _____
3. Il paziente continua a mettere e togliersi i vestiti? _____
4. Il paziente fa azioni o particolari movimenti che continua a ripetere? _____
5. Il paziente tende a ripetere continuamente determinati gesti quali abbottonarsi, afferrare, slacciarsi le stringhe ecc.? _____
6. Il paziente si agita eccessivamente, sembra incapace di star seduto, o fa saltellare in modo eccessivo i piedi o le dita? _____
7. Il paziente presenta altre attività ripetitive? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: l'attività motoria anomala è evidente ma interferisce poco con le attività quotidiane.
2. Moderata: l'attività motoria anomala è molto evidente; può essere controllato da parte del caregiver.
3. Marcata: l'attività motoria anomala è molto evidente, di solito non risponde a nessun intervento da parte del caregiver e rappresenta uno dei problemi principali.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

K. Sonno**(NA)**

Il paziente presenta disturbi del sonno? Sta alzato, vaga per la casa durante la notte, si veste e si sveste, disturba il sonno dei familiari? [Non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per notte, per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente]

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Presenta difficoltà ad addormentarsi? _____
2. Si alza spesso volte durante la notte? [Non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per notte per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente] _____
3. Vaga per la casa o svolge attività inopportune? _____
4. Disturba i familiari e li tiene svegli? _____
5. Si veste e vuole uscire di casa credendo che sia mattina? _____
6. Si sveglia molto presto al mattino [rispetto alle sue abitudini]? _____
7. Dorme eccessivamente durante il giorno? _____
8. Il Paziente presenta altri disturbi notturni che le provocano fastidio e che non le ho nominato? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: le alterazioni del sonno sono presenti ma non particolarmente disturbanti.
2. Moderata: le alterazioni del sonno sono disturbanti per il paziente e per il sonno dei suoi familiari, può essere presente più di un tipo di disturbo.
3. Marcata: le alterazioni del sonno sono particolarmente disturbanti sia per il paziente che per il sonno dei suoi familiari, numerosi tipi di disturbi notturni possono essere presenti.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

L. Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione (NA)

Il paziente presenta disturbi dell'alimentazione come alterazioni dell'appetito, alterazioni delle abitudini o delle preferenze alimentari. Ha subito variazioni di peso? [Se è incapace ad alimentarsi rispondere NA]

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Presenta perdita dell'appetito? _____
2. Presenta aumento dell'appetito? _____
3. Presenta diminuzione di peso? _____
4. Presenta aumento di peso? _____
5. Ha cambiato le sue abitudini alimentari (per esempio, mangia voracemente).? _____
6. Presenta cambiamenti di gusto riguardo ai tipi di cibo che gli/le piacevano (per esempio, mangia molti alimenti dolci o preferisce un cibo particolare)? _____
7. Ha sviluppato specifiche abitudini, come mangiare sempre le stesse cose ogni giorno o sempre nello stesso ordine? _____
8. Il paziente presenta altri disturbi dell'appetito o dell'alimentazione che non le ho nominato? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: i disturbi dell'appetito sono presenti ma non hanno causato alterazioni del peso del paziente.
2. Moderata: i disturbi dell'appetito sono presenti ed hanno causato lievi fluttuazioni del peso del paziente.
3. Marcata: i disturbi dell'appetito sono presenti, hanno causato importanti variazioni di peso del paziente e sono disturbanti.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

Allegato 5:

Indice di Comorbilità (CIRS)

Patologie Cardiache (solo cuore)

1 2 3 4 5

Diagnosi

Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)

1 2 3 4 5

Diagnosi

Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)

1 2 3 4 5

Diagnosi

Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)

1 2 3 4 5

Diagnosi

Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)

1 2 3 4 5

Diagnosi

Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, vie biliari-epato-pancreatiche; escluso diabete)

1 2 3 4 5

Diagnosi

Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)

1 2 3 4 5

Diagnosi

Fegato

1 2 3 4 5

Diagnosi

Rene

1 2 3 4 5

Diagnosi

Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)

1 2 3 4 5

Diagnosi

Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)

1 2 3 4 5

Diagnosi

Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico;
non include la demenza) 1 2 3 4 5

Diagnosi

Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici) 1 2 3 4 5

Diagnosi

Stato mentale e comportamentale (include demenza, depressione, ansia,
agitazione, psicosi) 1 2 3 4 5

Diagnosi

Patologia principalmente invalidante

Quando è sorta?

Meno di 1 mese

Da 1 a 2 mesi

Da 2 a 3 mesi

Da 3 a 6 mesi

Più di 6 mesi

TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S.
VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

VITTORIO MARINO, *direttore responsabile*

MELANIA LA COGNATA, *redattore*

EUROGRAFICA s.r.l. - VIALE AIACE, 126 - PALERMO

PREZZO € 3,30

