

Manuale Val.Graf. FVG 2019

Premessa	4
Glossario	4
Circostanze valutative	5
Data valutazione	5
Periodicità della rilevazione	5
Operatori che hanno compilato la scheda di VMD	5
Info personali	6
Responsabilità legale	6
Condizione abitativa	6
Abitazione: vive	6
Rete di aiuti	7
Persona di riferimento.....	7
Rete parentale, amicale, vicinato	7
Servizi pubblici (usufruiti nell'ultimo mese)	7
Rete di mercato o volontariato (usufruiti nell'ultimo mese).....	8
Diagnosi	8
Diagnosi mediche	8
Sezione 1	9
1.1.1 Alimentazione	9
1.2.1 Farsi il bagno o la doccia	9
1.3.1 Continenza urinaria	9
1.4.3 Necessità di pannolone/pannolino per incontinenza urinaria.....	10
1.4.9 Necessità di accompagnamento in bagno per prevenire l'incontinenza urinaria	10
1.5.1 Continenza intestinale.....	10
1.6.1 Necessità del pannolone/pannolino per incontinenza intestinale	10
1.6.2 Presenza di stomia.....	10
1.6.3 Clistere periodico, svuotamento dell'alvo	11
1.6.4 Stimolazione topica	11
1.6.9 Necessità di accompagnamento in bagno per prevenire l'incontinenza intestinale	11
1.7.1 Uso del WC	11
1.7.2 Aiuto necessario nell'uso dei dispositivi per l'eliminazione	12
1.8.1 Abbigliamento	12
1.9.1 Igiene personale	12
1.10.1 Manipolazione.....	13
1.10.2 Prassie	13
Sezione 2	14
2.1.1 Vista	14
2.2.1 Udito (con o senza apparecchio acustico)	14
2.3.1 Capacità di comunicare/farsi capire dagli altri.....	15
2.4.1 Uso del telefono: come vengono eseguite e ricevute le telefonate.....	15
Sezione 3	16
3.1.1 Scale.....	16
3.2.1 Deambulazione	16
3.3.1 Autosufficienza nei trasferimenti (dal/al letto carrozzina, letto poltrona/sedia, in piedi).	17
3.3.2 Aiuto necessario nei trasferimenti.....	17
3.4.1 Autosufficienza nella mobilità a letto	18
3.4.2 Aiuto necessario nella mobilità a letto	18
3.5.1 Carrozzina.....	19
3.5.2 Ausili per la mobilità.....	19
3.5.3 Tipi di ausili	19
3.6.1 Protesi e ortesi.....	20
Sezione 4	21
4.1.1 Gestione dei farmaci.....	21
4.2.1 Uso dei mezzi di trasporto	21
4.3.1 Lavori domestici (ad es.: spolverare, fare il letto, lavare le stoviglie, spazzare)	21
4.4.1 Gestione delle proprie finanze.....	22
4.5.1 Fare compere.....	22
4.6.1 Cucinare pasti completi	22

Sezione 5	23
5.1.5 Ricorda le parole dette 5 minuti prima (ad es. casa, pane, gatto).....	23
5.2.1 Memoria.....	24
5.3.1 Orientamento spaziale.....	24
5.3.2 Orientamento temporale.....	25
5.4.1 Capacità di prendere decisioni.....	25
5.5.1 Riconoscimento di persone.....	25
5.6.1 Capacità cognitiva di comprendere.....	26
Sezione 6	27
6.1.1 La persona ha espresso affermazioni negative.....	27
6.1.2 La persona è persistentemente arrabbiata con sé o con gli altri o si irrita per niente.....	27
6.1.3 La persona esprime paure non confermate dalla realtà.....	27
6.1.4 La persona si lamenta in modo ripetitivo della sua salute.....	28
6.1.5 La persona ha manifestazioni ripetute di ansia e preoccupazione.....	28
6.1.6 Espressione della faccia triste, addolorata, preoccupata.....	28
6.1.7 Pianto, facilità alle lacrime.....	29
6.2.1. Disturbi del sonno (disturbi dell'inizio e del mantenimento del sonno).....	29
6.3.1. Irrequietezza notturna e disturbo per gli altri.....	29
6.3.2 Problemi di vagabondaggio.....	29
6.3.3 Problemi di aggressività verbale.....	30
6.3.4 Problemi di aggressività fisica.....	30
6.3.5 Problemi di inadeguatezza sociale e atteggiamento disinibito (ad es.: compie atti osceni, si spoglia in pubblico, lancia cibo/feci, rovista tra le cose altrui).....	30
6.3.6 Necessità di incessanti interventi verbali o fisici determinati dal grado di complessità del disturbo comportamentale e/o cognitivo della persona.....	31
Sezione 7	32
7.2.1. Socievolezza.....	32
7.3.1 Problemi di collaborazione all'assistenza (ad es.: la persona rifiuta le medicine e aiuto nelle ADL) a causa di problemi cognitivi e/o comportamentali o disturbi dell'umore.....	32
7.3.2 Frequenza di contatti con parenti e amici incluse le telefonate.....	32
7.4.1 Frequenza con cui la persona partecipa ad attività ricreative o sociali.....	32
7.5.1 Frequenza con cui la persona esce sola o accompagnata (non solo in cortile e/o giardino).....	33
Sezione 8	34
8.1.1 Lesioni cutanee dovute a qualsiasi causa incluse quelle del piede.....	34
8.1.2 Lesioni cutanee dovute a qualsiasi causa (ad es. lesioni da pressione, da stasi, ischemica, diabetica, ecc.), all'interno delle caselle riportare il numero di lesioni in corrispondenza dello stadio indicato nella descrizione.....	34
8.2.1 Ustioni di II e III grado (con vescicole, bolle, escara, necrosi, ecc.).....	35
8.2.2 Lesioni aperte diverse da lesioni da pressione (ad es.: tagli, lesioni cancerose) incluse quelle del piede.....	35
8.3.4 Medicazione della lesione.....	35
(qualunque intervento per il trattamento di una lesione di qualsiasi origine, incluse quelle ai piedi).....	35
8.5.1 Rischio di instabilità di equilibrio.....	35
8.5.2 Presenza di instabilità di equilibrio.....	35
8.5.3 Segni di disidratazione.....	36
8.5.5 Uso di tranquillanti o neurolettici.....	36
8.5.6 Dolore – intensità: indicare in una scala da 0 a 10, l'intensità di dolore percepita dalla persona.....	36
8.5.7 Dolore - frequenza: se è presente, il dolore è quotidiano?.....	36
8.5.8 Dolore - Farmaci antidolorifici.....	36
8.5.9 Via di somministrazione degli oppioidi.....	37
8.5.10 Dolore - Insorgenza.....	37
8.5.11 Alterazioni della deglutizione.....	37
8.6.1 Possibilità di lasciarlo solo di notte.....	37
8.6.2 Possibilità di lasciarlo da solo durante il giorno.....	37
Sezione 9	38
9.1.1 Coma/stato vegetativo/stato di minima coscienza.....	38
9.1.2 Allucinazioni.....	38
9.1.3 Deliri.....	38
9.1.8 Diabete mellito.....	38
9.1.9 Emiplegia/Emiparesi.....	38
9.1.10 Paraplegia/Paraparesi.....	39
9.1.11 Tetraplegia/Tetraparesi.....	39

9.1.12 Sclerosi multipla /Sclerosi Laterale Amiotrofica /altre malattie demielinizzanti	39
9.1.16 Malattie infettive croniche o recidivanti (ad es. infezioni da microorganismi sentinella, tubercolosi, AIDS e altre condizioni legate all'immunodeficienza, epatite infettiva,..)	39
9.5.4 Perdita di peso (oltre il 5% nell'ultimo mese oppure il 10% negli ultimi sei mesi)	39
9.5.7 Indice di massa corporea	40
9.6.4 Trattamento farmacologico con insulina – in terapia cronica	40
9.6.5 Trattamento con farmaci ipoglicemizzanti orali – in terapia cronica	40
9.6.6 Trattamento con farmaci anticoagulanti – in terapia cronica	40
9.6.7 Trattamento con sostanza chemioterapiche – in corso	40
9.6.8 Trattamento con sostanze radioattive – in corso	41
9.6.9 Trasfusione di sangue e componenti ematici – con periodicità almeno mensile	41
9.6.10 Catetere venoso centrale/Port-a-Cath/PICC/Midline	41
9.6.11 Numero di principi attivi diversi assunti in media ogni giorno per qualunque via di somministrazione esclusi colliri, pomate e placebo.	41
9.6.12 Numero di giorni alla settimana, in cui la persona riceve farmaci per via intramuscolare e/o sottocutanea in terapia cronica	42
9.6.13 Numero di giorni alla settimana in cui la persona riceve fluidi per via endovenosa in terapia cronica	42
9.6.14 Numero di giorni in cui il medico ha cambiato la prescrizione (nelle ultime 2 settimane)	42
9.6.15 Numero di giorni in cui la persona ha ricevuto visite mediche (nelle ultime 2 settimane)	43
9.6.16 Procedure terapeutiche relative a malattia oncologica – in corso	43
9.6.17 Interventi di cure palliative, incluso assistenza al fine vita – in corso	43
9.7.1 Ossigenoterapia a lungo termine – almeno 15 ore al giorno – in corso	43
9.7.2 Ventilazione / respirazione forzata – in corso	43
9.7.3 Aspirazione bronchiale – in corso	44
9.7.4 Tracheostomia	44
9.8.1 Stomia urinaria	44
9.8.2 Catetere vescicale (escludere i cateteri estemporanei)	44
9.8.3 Dialisi – in corso	44
9.9.2 Alimentazione artificiale per via parenterale – in corso	45
9.9.3 Alimentazione artificiale per via enterale – in corso	45
9.10.1 Necessità di fisioterapia respiratoria	45
9.10.2 Necessità di mobilizzazione attiva/passiva	45
9.10.3 Educazione alla mobilizzazione (comprensiva di quella ai trasferimenti) e all'utilizzo e alla cura di ausili, protesi e ortesi	46
9.10.4 Educazione terapeutica per trattamento con farmaci decumarolici	46
9.10.5 Educazione terapeutica per disturbi legati all'alimentazione	46
9.10.6 Educazione terapeutica per scompenso cardiaco	46
9.10.7 Compilazione di schede dettagliate quotidiane per il monitoraggio idrico	47
9.10.8 Compilazione di schede dettagliate quotidiane per il monitoraggio alimentare	47
Sezione 10.....	48
10.1.1 Presenza di caregiver adeguato	48
10.1.2 Presenza di stress del caregiver	48
Allegato A – Sistema di classificazione internazionale NPUAP/EPUAP 2016	49
Allegato B – Scale di valutazione del dolore	51
Scala del dolore NRS - Numerical Rating Scale (Downie, 1978; Grossi, 1983)	51
Scala del dolore PAINAD - Pain Assesment IN Advanced Dementia	51
Allegato C – Tabella coma/stato vegetativo/SMC	52
Allegato D – Indice di massa corporea	53

Premessa

La rilevazione delle condizioni è sempre riferita al bisogno della persona e non alle prestazioni erogate.

ESEMPI

Necessità di pannolone: a quest'item va risposto SI solo se la persona ha la necessità del pannolone per un'incontinenza e non perché le viene posizionato per precauzione, pur non essendo incontinente;

Può essere lasciato solo di notte: a quest'item va risposto NO anche se, nella realtà, la persona viene lasciata sola ma le sue condizioni non lo consentirebbero e lasciarla sola significa metterla a rischio.

In caso di condizioni di bisogno di diverso grado, deve essere segnalata sempre la condizione di massimo bisogno, escludendo le situazioni temporanee legate a patologie/sintomi acuti (febbre, broncopolmonite, ecc.)

Gli esempi riportati nel manuale non sono esaustivi e non rispecchiano la totalità delle condizioni equivalenti che si possono riscontrare nella realtà.

Glossario

- Organizzazione: per lo svolgimento dell'attività non è richiesta la presenza fisica di una persona, ma solo la preparazione/predisposizione di materiale/ausili.
- Supervisione/Sorveglianza: per lo svolgimento dell'attività è necessaria la presenza fisica di una persona nella stanza, che verifica e supporta verbalmente lo svolgimento dell'attività stessa.
- Aiuto: per lo svolgimento dell'attività è necessaria l'azione di supporto fisico di un'altra persona.
- In corso: riferito a tutte quelle situazioni che si stanno verificando al momento della valutazione della persona.
- Cronica: è riferito a una condizione di lunga durata o permanente.

Circostanze valutative

Item	Data valutazione
Obiettivo	Indica la data in cui è stata effettuata la valutazione
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.
Versione scheda	Slim Edition Residenziale Domiciliare
Codifiche	Campo ad inserimento numerico: inserire la data nel formato giorno/mese/anno.

Item	Periodicità della rilevazione
Obiettivo	<p>Registra "INGRESSO/APERTURA CASO" nei casi di una nuova presa in carico della persona, da parte di Servizi Domiciliari, Semiresidenziali, Residenziali o di altra tipologia.</p> <p>Registra "RIVALUTAZIONE PERIODICA" nei casi di valutazioni effettuate a scopo di monitoraggio periodico delle condizioni di salute della persona (follow-up); nello specifico almeno ogni sei mesi come previsto dalla normativa vigente o in tempi più ravvicinati se ritenuto opportuno dall'équipe multi professionale.</p> <p>Registra "EVENTI PARTICOLARI" nei casi in cui sopravvenga un evento che porti a modificazioni significative, ossia variazioni importanti (sia nel senso di miglioramento che di peggioramento) permanenti e non, nelle condizioni della persona, che si ripercuotono su più di un'area dello stato di salute della persona stessa e richiedono un esame o una revisione transdisciplinare del piano di assistenza; viene considerata "significativa" la modificazione dello stato di salute che perdura da almeno due settimane. Alcuni esempi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • frattura del femore • comparsa di turbe del comportamento • insorgenza di disturbi del tono dell'umore non facilmente modificabili • disfagia, disartria o dispnea in malattie neurologiche degenerative (ad es. SLA) • condizioni che determinino l'utilizzo di dispositivi medici <p>Registra "DIMISSIONE/CHIUSURA CASO" nei casi di dimissione/cessazione della presa in carico da parte dei Servizi Domiciliari, Semiresidenziali, Residenziali o di altra tipologia; in particolare la rivalutazione mediante somministrazione della scheda si attua in caso di dimissione dal servizio per motivo diverso dal decesso.</p>
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.
Versione scheda	Slim Edition Residenziale Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresso/Apertura caso • Rivalutazione periodica • Eventi particolari • Dimissione/chiusura caso

Item	Operatori che hanno compilato la scheda di VMD
Obiettivo	Indica la composizione dell'équipe che in modo congiunto o disgiunto ha compilato la scheda. Almeno uno dei professionisti in elenco deve essere abilitato alla compilazione della scheda Val.Graf.. Nelle note sottostanti è opportuno segnalare le persone (familiare, caregiver) da cui si ricavano le informazioni in caso di presa in carico di persona non nota.
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.
Versione scheda	Slim Edition Residenziale Domiciliare
Codifiche	Campo a compilazione libera: devono essere inseriti cognome, nome e qualifica professionale degli operatori coinvolti nella valutazione della persona.

Info personali

Item	Responsabilità legale		
Obiettivo	Registra il grado della responsabilità della persona nel partecipare alle decisioni in merito alla propria assistenza, ai trattamenti da attuare, agli aspetti finanziari e legali Le caselle relative alle voci tutore, curatore e amministratore di sostegno vanno barrate soltanto in presenza del decreto di nomina da parte del Giudice Tutelare.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	• Persona legalmente responsabile di sé		
	• Tutore		
	• Curatore		
	• Amministratore di sostegno		

Condizione abitativa

Item	Abitazione: vive		
Obiettivo	Segnala se la persona assistita vive da sola o in compagnia di qualcuno.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition		Domiciliare
Codifiche	A. Solo/a		
	B. Coniuge/convivente		
	C. Figlio/a		
	D. Altri familiari/parenti		
	E. Personale di assistenza		
	F. Altra forma di convivenza (comunità/istituto)		
	G. Altro (specificare)		

Rete di aiuti

Item	Persona di riferimento		
Obiettivo	Indica la persona a cui l'assistito fa riferimento in caso di necessità.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • Nome 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Cognome 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Grado di parentela: GE=Genitore; CO=Coniuge/Convivente; FI=Figlio/a; NG=Nuora/Genero; FS=Fratello/Sorella; NI=Nipote; AL=Altro parente; AM=Amico/a; VI=Vicino/a 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Telefono 		

Item	Rete parentale, amicale, vicinato		
Obiettivo	Censisce gli attori della rete naturale presenti, nonché per ciascuno di essi il grado di parentela con l'assistito ed il grado di prossimità, ossia la distanza (espressa in tempo di percorrenza) tra il domicilio dell'assistito e quello dell'attore della rete		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda		Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • Grado di parentela/tipo di relazione: GE=Genitore; CO=Coniuge/Convivente; FI=Figlio/a; NG=Nuora/Genero; FS=Fratello/Sorella; NI=Nipote; AL=Altro parente; AM=Amico/a; VI=Vicino/a 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Grado di prossimità: CO=Convivente; CA=Casa adiacente; IV=Immedie vicinanze; ≤15=Entro 15 minuti in auto; ≤60=Entro 1 ora; >60=Oltre 1 ora 		

Item	Servizi pubblici (usufruiti nell'ultimo mese)		
Obiettivo	Registra i Servizi pubblici di cui la persona ha usufruito nell'ultimo mese.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • Servizio Infermieristico Domiciliare 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Servizio Riabilitativo Domiciliare 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza Domiciliare Programmata 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Servizi Specialistici 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza Domiciliare Integrata 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Servizio di Assistenza Domiciliare 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Telesoccorso 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Centro diurno 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Residenza Sanitaria Assistenziale 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Altri 		

Item	Rete di mercato o volontariato (usufruiti nell'ultimo mese)		
Obiettivo	Censisce il numero di figure della rete di mercato e del volontariato impiegate nell'assistenza e nella riabilitazione domiciliare alla persona nell'ultimo mese. Per ogni figura va inserito il numero.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	• Assistenti familiari conviventi		
	• Assistenti familiari non conviventi		
	• Infermiere		
	• Fisioterapista		
	• Altro personale qualificato a pagamento		
	• Volontari		
	• Altri		

Diagnosi

Item	Diagnosi mediche		
Obiettivo	<p>Documenta in modo accurato e aggiornato la presenza di disturbi e patologie. Per la compilazione di questo item è fondamentale il coinvolgimento del medico curante</p> <ul style="list-style-type: none"> - P = diagnosi medica principale (NB: per ogni singola valutazione ci può essere solo una diagnosi principale) - A = altra diagnosi associata (è opportuno che le diagnosi associate vengano ordinate con scalarità decrescente) <p>Se la diagnosi non è riportata dal medico o certificata nella documentazione della persona, non va inserita.</p>		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda		Residenziale	Domiciliare
Codifiche	• Descrizione		
	• Codifica ICDIX-CM		
	• Priorità		

Sezione 1

Item	1.1.1 Alimentazione		
Obiettivo	Definisce il grado di autosufficienza della persona nel mangiare e bere. Vale anche per l'alimentazione artificiale (enterale e parenterale).		
Modifiche introdotte 2019	Le codifiche sono variate e rese più chiare rispetto al bisogno della persona.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività: tagliare, spalmare, ecc.).		
	B. Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, aprire un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona.		
	C. Capace di alimentarsi da solo ma con supervisione. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro, ecc.		
	D. Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es. cucchiaino).		
	E. Totalmente dipendente, deve essere imboccato.		

Item	1.2.1 Farsi il bagno o la doccia		
Obiettivo	Definisce il grado di autosufficienza della persona nell'igiene personale globale, ovvero nel fare il bagno, la doccia o una spugnatura. Anche nel caso in cui la funzione venga completamente sostituita da altri (operatori o familiari) per motivi organizzativi e/o gestionali, si deve registrare ciò che la persona è in grado di fare effettivamente da sola.		
Modifiche introdotte 2019	Le codifiche sono variate e rese più chiare rispetto al bisogno della persona.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatura completa, completamente autonomo.		
	B. Necessita di supervisione per la sicurezza (es. trasferimenti, controllo della temperatura dell'acqua, ecc.).		
	C. Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.		
	D. Collabora, ma necessita di aiuto per tutte le operazioni.		
	E. Totalmente dipendente nel lavarsi, non collabora.		

Item	1.3.1 Continenza urinaria		
Obiettivo	Definisce la continenza urinaria della persona o il grado di autonomia nella gestione dei presidi. La risposta A è valida anche per le persone anuriche in trattamento dialitico e per le persone con catetere gestito in modo autonomo		
Modifiche introdotte 2019	Le codifiche sono variate e rese più chiare rispetto al bisogno della persona.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Controllo completo sia di giorno che di notte OPPURE gestione autonoma dei presidi urinari interni/esterni (catetere/condom, ecc.).		
	B. Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari.		
	C. Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari.		
	D. Incontinente ma collabora nella gestione di presidi urinari.		
	E. Incontinente, non collabora.		

Item	1.4.3 Necessità di pannolone/pannolino per incontinenza urinaria		
Obiettivo	Registra il bisogno di pannoloni/pannolini per incontinenza vescicale completa o parziale.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell'item.		
Versione scheda		Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	1.4.9 Necessità di accompagnamento in bagno per prevenire l'incontinenza urinaria		
Obiettivo	Definisce il bisogno di accompagnamento ad orari prestabiliti in bagno per evitare che l'incontinenza si manifesti.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell'item.		
Versione scheda		Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	1.5.1 Continenza intestinale		
Obiettivo	Definisce la capacità della persona di controllare la propria funzione intestinale nell'arco delle 24 ore, oppure di mettersi le supposte o fare i clisteri, oppure di pulirsi o di gestire i dispositivi. Vale anche per la gestione di un'eventuale stomia intestinale: assegnare la codifica A se la gestione è autonoma, B se necessita di supervisione, C se necessita di aiuto in alcune fasi, D se collabora ma necessita di aiuto in tutte le fasi, E se è totalmente dipendente nella gestione e non collabora.		
Modifiche introdotte 2019	Le codifiche sono variate e rese più chiare rispetto al bisogno della persona.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> A. Controllo completo sia di giorno che di notte. In caso di bisogno, capace di mettere le supposte o fare i clisteri. B. Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri. C. Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone. D. Incontinente, collabora, ma necessita di aiuto in tutte le fasi. E. Incontinente, non collabora. 		

Item	1.6.1 Necessità del pannolone/pannolino per incontinenza intestinale		
Obiettivo	Registra il bisogno di pannoloni/pannolini per incontinenza intestinale completa o parziale.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell'item.		
Versione scheda		Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	1.6.2 Presenza di stomia		
Obiettivo	Registra la presenza di stomia del tratto intestinale per l'eliminazione fecale.		
Modifiche introdotte 2019	L'intervallo temporale di osservazione e valutazione è variato: rileva la presenza ATTUALE di una stomia e non nelle ultime due settimane.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	1.6.3 Clistere periodico, svuotamento dell'alvo		
Obiettivo	Definisce il bisogno PERIODICO del clistere, prescritto e registrato, di almeno 100 ml. Non vanno segnalati i clisteri occasionali.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato l'item inserendo la voce "Periodico" anziché nelle ultime due settimane per descrivere un'attività a cadenza regolare.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	• NO		
	• SI		

Item	1.6.4 Stimolazione topica		
Obiettivo	Definisce il bisogno della stimolazione topica, prescritta e registrata, con microclismi e supposte di glicerina nelle ultime due settimane.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	• NO		
	• SI		

Item	1.6.9 Necessità di accompagnamento in bagno per prevenire l'incontinenza intestinale		
Obiettivo	Definisce il bisogno di accompagnamento ad orari prestabiliti in bagno per evitare che l'incontinenza si manifesti.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell'item.		
Versione scheda		Residenziale	Domiciliare
Codifiche	• NO		
	• SI		

Item	1.7.1 Uso del WC		
Obiettivo	Definisce l'autonomia della persona nell'utilizzo di WC, comoda, padella e pappagallo, nonché la sua capacità di pulirsi e risistemarsi i vestiti		
Modifiche introdotte 2019	Le codifiche sono variate e rese più chiare rispetto al bisogno della persona. Non viene più valutata la frequenza dell'aiuto fornito ma il grado di autonomia nell'eseguire queste attività.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Capace di trasferirsi da/sul WC, sfilarsi/infilarsi i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. Può usare comoda, padella, o pappagallo in modo autonomo (inclusi svuotamento e pulizia).		
	B. Necessita di una supervisione per maggior sicurezza o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc.		
	C. Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.		
	D. Collabora, ma necessita di aiuto per tutte le operazioni.		
	E. Totalmente dipendente, non collabora OPPURE attività mai eseguita.		

Item	1.7.2 Aiuto necessario nell'uso dei dispositivi per l'eliminazione		
Obiettivo	Valuta il grado di assistenza ricevuto dalla persona da parte di operatori o di familiari, in riferimento alla propria capacità di utilizzare i dispositivi per l'eliminazione. L'item è legato al precedente e la risposta deve essere coerente con quanto riportato all'item 1.7.1.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell'item.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Nessun aiuto.		
	B. Solo organizzazione.		
	C. Presenza/aiuto di una persona.		
	D. Aiuto di due o più persone.		

Item	1.8.1 Abbigliamento		
Obiettivo	Definisce il livello di autosufficienza della persona nell'indossare, allacciare e togliere tutti gli indumenti, inclusi busti, calze a compressione graduale e le scarpe, anche utilizzando ausili (calzascarpe) o accorgimenti facilitanti.		
Modifiche introdotte 2019	Le codifiche sono variate e rese più chiare rispetto al bisogno della persona. È diventato una scala Likert con una gradualità nell'indipendenza.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corsetto o una protesi.		
	B. Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe, ecc.).		
	C. Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.		
	D. Capace di collaborare in minima parte, ma dipendente in tutte le attività.		
	E. Totalmente dipendente, non collabora alle attività.		

Item	1.9.1 Igiene personale		
Obiettivo	Definisce il livello di autosufficienza della persona nel prendersi cura della propria igiene personale, ovvero come si lava e si asciuga le mani, il viso, i denti, come si pettina, nonché -se si tratta di un uomo- come si fa la barba o -se è una donna- come si trucca (se questa è una prassi abituale).		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell'item.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Capace di lavarsi mani, faccia, denti pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni e con tutti i tipi di rasoio); una donna deve sapersi truccare se abituati a farlo.		
	B. In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni.		
	C. Necessita di aiuto per una o più operazioni.		
	D. Collabora, ma necessita di aiuto per tutte le operazioni.		
	E. Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.		

Item	1.10.1 Manipolazione		
Obiettivo	<p>La manipolazione è quella funzione neuromotoria che permette alla persona l'esplorazione o il trattamento di un oggetto subito dopo averlo afferrato.</p> <p>Registra la codifica A quando vi è la capacità di utilizzare la pinza pollice indice nei movimenti fini di manipolazione dell'oggetto.</p> <p>Registra la codifica B quando la manipolazione può avvenire, in maniera spontanea, solo con presa pluridigitale-palmare.</p> <p>Registra la codifica C quando la manipolazione è assente o c'è solo una risposta alla stimolazione della superficie palmare attraverso la flessione delle dita con chiusura a pugno. Si tratta di una contrazione istintiva dei muscoli flessori.</p>		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex-novo.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	<p>A. Capace di utilizzare la pinza pollice indice nei movimenti fini di manipolazione.</p> <p>B. Afferramento palmare spontaneo, solo con presa pluridigitale-palmare.</p> <p>C. Manipolazione assente, oppure reazione istintiva di afferramento.</p>		

Item	1.10.2 Prassie		
Obiettivo	<p>Per prassia si intende la capacità di compiere gesti coordinati e diretti ad un determinato fine.</p> <p>Registra la codifica A quando la persona è in grado di comprendere, ideare realizzare attività complesse (realizza un disegno in modo autonomo, comprende e realizza progetti con istruzioni).</p> <p>Registra la codifica B quando la persona è in grado di eseguire compiti di media complessità (colorare in modo adeguato un disegno prestampato) ma incontra difficoltà nell'eseguire attività più complesse (ad esempio truccarsi).</p> <p>Registra la codifica C quando la persona non è in grado di svolgere azioni finalizzate, ad esempio non riesce a copiare un cerchio o due rettangoli sovrapposti.</p>		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex-novo.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	<p>A. È in grado di eseguire una sequenza complessa ma familiare di azioni (disegnare scrivere, imbustare e spedire una lettera, pilotare una carrozzina elettrica).</p> <p>B. Capace di compiere gesti finalizzati ma non sequenze complesse (colorare un disegno già pronto, pilotare una carrozzina manuale).</p> <p>C. Nessuna prassia, oppure solo movimenti afinalistici e stereotipati.</p>		

Sezione 2

Item	2.1.1 Vista	
Obiettivo	<p>Definisce la capacità della persona di vedere.</p> <p>Se la persona è in stato di coma o in stato vegetativo assegnare la codifica "D".</p> <p>Se la persona è affetta da grave deterioramento cognitivo assegnare la codifica "C" se sembra percepire stimoli visivi prodotti vicino a lei o la codifica "D" se sembra non percepire stimoli visivi prodotti vicino a lei.</p>	
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell'item.	
Versione scheda	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<p>A. Vede abbastanza bene (con o senza occhiali).</p> <p>B. Vede solo i caratteri grandi di giornali, riconosce le facce solo a 4/5 metri, ma riesce a svolgere da solo le normali attività quotidiane.</p> <p>C. Ha una visione molto limitata ma segue ancora gli oggetti con gli occhi.</p> <p>D. È cieco o vede solo le luci, i colori.</p>	

Item	2.2.1 Udito (con o senza apparecchio acustico)	
Obiettivo	<p>Definisce la capacità della persona di udire anche ricorrendo all'uso di dispositivi acustici.</p> <p>Se la persona è in stato di coma o in stato vegetativo assegnare la codifica "D".</p> <p>Se la persona è affetta da grave deterioramento cognitivo assegnare la codifica "C" se sembra percepire stimoli sonori prodotti vicino a lei o la codifica "D" se sembra non percepire stimoli sonori prodotti vicino a lei.</p> <p>Si possono adottare degli accorgimenti per fare sì che la persona possa sentire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nel caso di presbiacusia parlare con un tono di voce normale per evitare toni acuti, sillabare le parole di fronte alla persona per sfruttare la percezione visiva del movimento labiale, ridurre i rumori di fondo per fronteggiare la diminuzione del potere di risoluzione uditivo; • a fronte di altre forme di ipoacusia parlargli vicino all'orecchio o alzare il tono della voce per farsi sentire dalla persona. 	
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.	
Versione scheda	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<p>A. Sente le normali conversazioni, la TV, il telefono.</p> <p>B. Ha qualche difficoltà in ambiente non silenzioso.</p> <p>C. Sente quello che gli si dice direttamente solo a condizione di parlare ad alta voce o ha bisogno di qualcuno che gli applichi l'apparecchio acustico.</p> <p>D. Ha un udito molto compromesso.</p>	

Item	2.3.1 Capacità di comunicare/farsi capire dagli altri		
Obiettivo	<p>Definisce la capacità della persona di far comprendere ad altri le sue richieste, i suoi bisogni, il suo pensiero o di partecipare alle conversazioni con espressione di contenuti complessi ed esaustivi, a prescindere dal tipo di comunicazione utilizzata che può essere anche non vocale: ad esempio scrittura su lavagna o carta, attraverso dei gesti, con comunicatori vocali ad alta tecnologia ecc.</p> <p>Ha a che fare con la complessità dei contenuti espressi e quindi con la capacità cognitiva della persona, che deve essere in grado di esporre i concetti anche profondi in modo completo ed articolato senza trovare difficoltà ad iniziarli o a portarli a termine. Ciò è possibile soltanto se le funzioni cognitive sono preservate o non compromesse significativamente.</p>		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell'item. È stata inserita una codifica in più, graduando ulteriormente le capacità.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Si fa capire normalmente.		
	B. Riesce ad esprimere concetti e desideri anche complessi, ma ha difficoltà a trovare o finire i concetti.		
	C. Spesso non riesce ad esprimere concetti e desideri complessi.		
	D. Comunica solo i bisogni elementari o riesce a rispondere a domande semplici (Sì/No).		
	E. È incapace di comunicare, non riesce mai a farsi capire dagli altri.		

Item	2.4.1 Uso del telefono: come vengono eseguite e ricevute le telefonate		
Obiettivo	Valuta la capacità della persona di eseguire e ricevere telefonate.		
Modifiche introdotte 2019	Le codifiche sono variate.		
Versione scheda		Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Indipendente: usa il telefono.		
	B. Ha bisogno di qualche aiuto per effettuare le chiamate.		
	C. Usa il telefono solo per ricevere le chiamate.		
	D. Non usa mai né telefono né cellulare.		

Sezione 3

Item	3.1.1 Scale		
Obiettivo	Definisce il grado di autosufficienza della persona nel salire e nello scendere le scale, anche ricorrendo all'uso di ausili personali e/o strutturali semplici (ad esempio un bastone o il corrimano), ma non ausili tecnologici quali montascale.		
Modifiche introdotte 2019	Le codifiche sono variate e rese più chiare rispetto al bisogno della persona.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. È in grado di salire e scendere una rampa di scale in sicurezza senza aiuto né supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.		
	B. Generalmente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea, ecc.		
	C. Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.		
	D. Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.		
	E. Incapace di salire e scendere le scale.		

Item	3.2.1 Deambulazione		
Obiettivo	Definisce il grado di autosufficienza della persona nel deambulare lungo un tragitto di almeno 50 metri senza interruzioni e senza aiuto alcuno nella gestione degli ausili, delle protesi e delle ortesi (apparecchi correttivi che coadiuvano una funzione, ad es. molla di Codivilla).		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell'item e le codifiche sono variate e rese più chiare rispetto al bisogno della persona.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Capace di gestire protesi e ortesi se necessarie, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 metri senza aiuto o supervisione.		
	B. Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio.		
	C. Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.		
	D. Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.		
	E. Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.		

Item	3.3.1 Autosufficienza nei trasferimenti (dal/al letto carrozzina, letto poltrona/sedia, in piedi).		
Obiettivo	Definisce il grado di autosufficienza della persona nel compiere spostamenti tra due punti diversi (ad esempio dal letto alla sedia e viceversa, dalla carrozzina al letto e viceversa, dalla sedia o dal letto in piedi e viceversa). Viene rilevata l'effettiva autosufficienza nello svolgimento di questa attività, comprensiva dell'impiego di ausili per il trasferimento (quali ad esempio la staffa alzamalati e la spondina), purché la persona li utilizzi in modo autonomo.		
Modifiche introdotte 2019	Le codifiche sono variate e rese più chiare rispetto al bisogno della persona.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.		
	B. Necessita la supervisione di una persona per maggior sicurezza.		
	C. Necessita di minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.		
	D. Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento.		
	E. Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un solleva malati, OPPURE attività mai eseguita.		

Item	3.3.2 Aiuto necessario nei trasferimenti		
Obiettivo	Valuta il grado di assistenza ricevuto dalla persona da parte di operatori o di familiari, in riferimento alla propria capacità di trasferimento, anche se questo aiuto viene fornito attraverso un dispositivo meccanico per il sollevamento L'item è legato al precedente e la risposta deve essere coerente con quanto riportato all'item 3.3.1.		
Modifiche introdotte 2019	Il titolo dell'item è stato modificato. È stato rimosso l'intervallo temporale nella codifica E.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	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.		

Item	3.4.1 Autosufficienza nella mobilità a letto		
Obiettivo	<p>Definisce il grado di autosufficienza della persona nel cambiare la sua posizione nel letto, ossia rileva come la persona riesce a distendersi e a sollevarsi dal letto, come si gira da un fianco all'altro, come posiziona il corpo nel letto, come si solleva dopo essere scivolato in fondo al letto.</p> <p>Viene rilevata l'effettiva autosufficienza nello svolgimento di quest'attività, comprensiva dell'impiego di ausili per movimento nel letto (quali ad esempio la staffa alzamalati e la spondina), purché la persona li utilizzi in modo autonomo.</p>		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	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.		

Item	3.4.2 Aiuto necessario nella mobilità a letto		
Obiettivo	<p>Valuta il grado di assistenza ricevuto dalla persona da parte di operatori o di familiari, in riferimento alla mobilità a letto.</p> <p>L'item è legato al precedente e la risposta deve essere coerente con quanto riportato all'item 3.4.1.</p>		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell'item.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Nessun aiuto.		
	B. Solo organizzazione.		
	C. Presenza, aiuto di una persona.		
	D. Presenza/ aiuto di due o più persone.		

Item	3.5.1 Carrozzina		
Obiettivo	Definisce l'autonomia della persona nell'utilizzo della carrozzina, elettrica o ad autospinta, prendendo come riferimento gli spostamenti lungo un tragitto di almeno 50 metri (lo spazio funzionale interno al domicilio). Registrare la codifica A nei casi in cui: <ul style="list-style-type: none"> • la persona non ha bisogno della carrozzina; • ne ha bisogno e la rifiuta; • ne ha bisogno ma non ce l'ha a disposizione. 		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell'item e le codifiche sono variate e rese più chiare rispetto al bisogno della persona.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Non usa la carrozzina.		
	B. Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, W.C., ecc.) con autonomia di almeno 50 metri.		
	C. Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette.		
	D. Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.		
	E. Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre.		
	F. Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina.		

Item	3.5.2 Ausili per la mobilità		
Obiettivo	Registra la necessità di ausili per il movimento (corrimano, bastone/canadese, tripode o deambulatore) e il loro utilizzo.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell'item.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	A. Non ne ha bisogno.		
	B. Ne ha bisogno, li ha in dotazione, e li usa bene.		
	C. Li ha in dotazione ma non li usa.		
	D. Ne ha bisogno ma non li ha in dotazione.		

Item	3.5.3 Tipi di ausili		
Obiettivo	Registra il tipo di ausilio prevalentemente utilizzato o quello che la persona dovrebbe utilizzare. Registra il tipo di ausilio necessario anche quando la persona ce l'ha in dotazione ma non lo usa, o ne ha bisogno e non ce l'ha in dotazione. Nel caso vengano impiegati due ausili diversi, registrare il prevalente.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell'item.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	C. Corrimano.		
	B. Bastone/canadese.		
	T. Tripode.		
	D. Deambulatore.		

Item	3.6.1 Protesi e ortesi		
Obiettivo	<p>Registra se la persona è portatrice di una protesi o di un'ortesi per gli arti o per il busto (apparecchi correttivi che coadiuvano una funzione, ad es. molla di Codivilla) e, in caso di risposta affermativa, il grado di autosufficienza nella sua gestione. Registrare la codifica A anche in caso di rifiuto all'utilizzo.</p> <p>Le protesi e le ortesi considerate sono quelle relative al busto e agli arti. La dentiera e l'apparecchio acustico non devono essere perciò registrati in questo item.</p>		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell'item e introdotta l'ortesi.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	A. Non ne porta.		
	B. La mette bene da solo.		
	C. Ha bisogno che qualcuno verifichi il corretto posizionamento.		
	D. Deve essere messa da altri.		

Sezione 4

Item	4.1.1 Gestione dei farmaci		
Obiettivo	<p>Definisce il grado di autonomia della persona nell'assumere le medicine prescritte, nelle dosi, con le modalità (anche attraverso PEG o SONDINO o per via parenterale) e nei tempi definiti. Nel caso in cui la funzione venga completamente o parzialmente sostituita da altri (operatori o familiari) per motivi organizzativi e/o gestionali, si deve registrare ciò che la persona è in grado di fare effettivamente da sola.</p> <p>La codifica D "Totalmente dipendente" deve essere registrata nelle situazioni in cui la persona deve essere seguita in tutte le fasi, dalla preparazione del farmaco (triturazione, quando possibile), introduzione del farmaco in bocca, somministrazione del liquido per la deglutizione, fino alla verifica dell'avvenuta deglutizione.</p> <p>Nel caso di alimentazione enterale o parenterale, valutare l'effettivo grado di autonomia della persona (ad esempio registrare la codifica D quando la persona non è in grado di autogestire farmaci attraverso queste due modalità di somministrazione).</p>		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell'item.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<p>A. Indipendente.</p> <p>B. Riceve aiuto in qualche occasione o necessita che gli venga ricordata l'assunzione di farmaci.</p> <p>C. Assistenza intensiva; riceve aiuto in tutte le occasioni. Prende i farmaci da solo, come prescritto solo se sono preparati in anticipo in modo ordinato.</p> <p>D. Totalmente dipendente.</p>		

Item	4.2.1 Uso dei mezzi di trasporto		
Obiettivo	Definisce il grado di autonomia della persona negli spostamenti utilizzando i mezzi di trasporto.		
Modifiche introdotte 2019	Le codifiche sono variate.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	<p>A. Indipendente, si sposta da solo con la propria auto e/o con i mezzi pubblici.</p> <p>B. Qualche aiuto; riceve aiuto in qualche occasione.</p> <p>C. Assistenza intensiva; riceve aiuto in tutte le occasioni, ma collabora.</p> <p>D. Totalmente dipendente o non usa i mezzi di trasporto.</p>		

Item	4.3.1 Lavori domestici (ad es.: spolverare, fare il letto, lavare le stoviglie, spazzare)		
Obiettivo	Definisce il grado di autonomia della persona nell'eseguire le faccende domestiche, ossia come spolvera i mobili, lava i piatti, rifà il letto, pulisce e mette in ordine la casa.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	<p>A. Indipendente; fa tutti i lavori senza particolari difficoltà.</p> <p>B. Qualche aiuto; svolge i lavori, ma riceve aiuto in qualche occasione.</p> <p>C. Assistenza intensiva; ha bisogno di essere stimolato ed aiutato per mantenere pulizia ed ordine accettabili, in tutte le occasioni, ma collabora.</p> <p>D. Totalmente dipendente da altri.</p>		

Item	4.4.1 Gestione delle proprie finanze		
Obiettivo	Definisce il grado di autonomia della persona nell'occuparsi, anche on-line, delle proprie finanze (gestione di conti correnti, pagamenti di vario tipo) e il livello di consapevolezza che essa ha per il valore del denaro. Ciò è possibile soltanto se le funzioni cognitive sono preservate o non compromesse significativamente.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell'item e le codifiche sono variate.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Indipendente; si occupa da solo delle sue finanze.		
	B. Qualche aiuto; ha bisogno di guida e/o di sorveglianza in qualche occasione.		
	C. Assistenza intensiva; la persona riceve aiuto in tutte le occasioni, ma collabora.		
	D. Totalmente dipendente; la persona è incapace di usare il denaro.		

Item	4.5.1 Fare compere		
Obiettivo	Definisce il grado di autonomia della persona nel fare acquisti di generi alimentari, nel comperare oggetti per la casa, capi di abbigliamento ed ogni altra cosa le possa essere necessaria. Registrare la codifica A anche quando la persona effettua acquisti on-line oppure si avvale di consegne a domicilio da parte di negozi, familiari, volontari etc.		
Modifiche introdotte 2019	Le codifiche sono variate.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	A. Indipendente; progetta ed effettua anche indirettamente le sue compere.		
	B. Qualche aiuto; fa gli acquisti, ma riceve aiuto in qualche occasione.		
	C. Assistenza intensiva; riceve aiuto in tutte le occasioni, ma collabora.		
	D. Totalmente dipendente.		

Item	4.6.1 Cucinare pasti completi		
Obiettivo	Definisce il grado di autonomia della persona nel preparare i pasti, caldi o freddi, purché adeguati nei loro principi nutrizionali.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell'item.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	A. Indipendente; prepara pasti completi, anche semplici, senza particolari difficoltà.		
	B. Qualche aiuto; prepara solo spuntini, riscalda pasti confezionati o riceve aiuto in qualche occasione.		
	C. Assistenza intensiva; ha bisogno di essere guidato o stimolato, in tutte le occasioni, ma collabora.		
	D. Totalmente dipendente da altri.		

Sezione 5

Introduzione

Al fine di misurare le reali capacità della persona valutata è necessario ricavare le informazioni coinvolgendo la persona in una conversazione di ordine generale, così da aiutarla a stabilire un rapporto: inserire le domande all'interno di un colloquio articolato aiuta a creare un rapporto di fiducia e diminuisce l'ansia e l'agitazione.

È preferibile intervistare la persona in un locale tranquillo, senza stimoli confondenti o distraenti, in assenza di altre persone (altri ospiti o membri della sua famiglia) la cui presenza potrebbe risultare imbarazzante, a meno che non sia troppo agitata per essere lasciata sola. È fondamentale assumere un atteggiamento di apertura, collaborazione e rassicurazione durante la conversazione. In caso di soggetti con deficit di comunicazione verbale, si possono accettare risposte fornite utilizzando altre modalità comunicative (ad esempio la scrittura, la mimica).

Item	5.1.5 Ricorda le parole dette 5 minuti prima (ad es. casa, pane, gatto)		
Obiettivo	<p>Definisce la capacità della persona di ricordare eventi verificatisi pochi istanti prima (la cosiddetta memoria di fissazione).</p> <p>Sono previste tre fasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) per prima cosa alla persona vengono dette e fatte ripetere tre brevi parole composte da due sillabe: ad esempio CASA, PANE, GATTO; 2) dopo che la persona ha ripetuto correttamente le tre parole, viene invitata a svolgere un compito diverso, quale ad esempio l'esecuzione di semplici calcoli o citare i capoluoghi di provincia della propria regione, per 5 minuti; 3) successivamente si richiede alla persona di rievocare le tre parole ripetute alcuni minuti prima. <p>Si può valutare la capacità di memoria a breve termine anche considerando la capacità della persona di ricordare correttamente attività appena completate o richiamando un'indicazione fornita 5 minuti prima. È opportuno confrontarsi con i familiari o gli operatori che assistono direttamente la persona per approfondire correttamente la funzione.</p> <p>Se la persona è in coma, stato vegetativo, di minima coscienza, locked-in syndrome o affetta da grave deterioramento cognitivo, assegnare la codifica C.</p>		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Sempre, tutte e tre.		
	B. Non tutte, o tutte e tre qualche volta sì, qualche volta no.		
	C. Nessuna, mai.		

Item	5.2.1 Memoria		
Obiettivo	<p>Definisce la capacità della persona di ricordare eventi verificatisi nelle ore e nei giorni precedenti e valuta l'impatto che l'eventuale deficit di memoria ha sulla gestione della vita quotidiana della persona.</p> <p>Per perdita di memoria consistente s'intende la perdita rapida anche delle informazioni acquisite più recentemente.</p> <p>Per perdita di memoria grave s'intende una perdita massiccia della memoria di cui rimangono solo alcuni frammenti.</p> <p>È necessario far riferimento ad eventi di cui si è certi. Infatti, per nascondere il proprio deficit, la persona valutata potrebbe inventare falsi ricordi.</p> <p>Se la persona è in coma, stato vegetativo, di minima coscienza, locked-in syndrome o affetta da grave deterioramento cognitivo, assegnare la codifica E.</p>		
Modifiche introdotte 2019	L'item è stato modificato.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Nessuna perdita di memoria o smemoratezza occasionale e irrilevante.		
	B. Lieve smemoratezza permanente; parziale rievocazione di eventi.		
	C. Perdita di memoria moderata e più rilevante per eventi recenti con interferenza nelle attività quotidiane.		
	D. Perdita di memoria consistente.		
	E. Perdita di memoria grave.		

Item	5.3.1 Orientamento spaziale		
Obiettivo	<p>Definisce la capacità della persona di localizzare e riconoscere gli ambienti della propria casa ed eventualmente anche gli ambienti esterni (non solo il giardino ma strade limitrofe, paesi vicini). È preferibile fare la valutazione dell'orientamento spaziale con la persona che si muove nello spazio, ma la valutazione può e deve essere fatta anche con persone allettate o che non escono mai di casa, grazie al ricorso ad alcune particolari strategie di indagine. Ad esempio, verificare se la persona è capace di indicare dove si trovano il bagno o la cucina, piuttosto che il bar sotto casa, partendo da dove si trova in quel momento.</p> <p>Se la persona è in coma, stato vegetativo, di minima coscienza, locked-in syndrome o affetta da grave deterioramento cognitivo, assegnare la codifica D.</p>		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Esce di casa/struttura senza problemi e si orienta bene anche in ambienti nuovi o poco familiari (ad es.: in vacanza, in gita).		
	B. Si è perso qualche volta di giorno fuori di casa/struttura, ma negli spazi noti (ad es.: in giardino, nelle vie vicine) si orienta correttamente.		
	C. È talora disorientato anche in casa o nei luoghi diventati familiari (ad es.: non trova la stanza, il bagno).		
	D. È spesso o costantemente disorientato anche in casa/struttura.		

Item	5.3.2 Orientamento temporale		
Obiettivo	Definisce la capacità della persona di ricordare il giorno del mese, il giorno della settimana, il mese, la stagione e l'anno. Per valutare l'orientamento temporale si chiede alla persona di riferire la data del giorno in cui viene valutata. Successivamente si chiedono: il giorno della settimana, il mese, la stagione e l'anno. Se la persona è in coma, stato vegetativo, di minima coscienza, locked-in syndrome o affetta da grave deterioramento cognitivo, assegnare la codifica D.		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Perfettamente orientato.		
	B. Lieve difficoltà: non riconosce la data odierna.		
	C. Moderato deficit: non ricorda nemmeno il mese o la stagione.		
	D. Completamente disorientato.		

Item	5.4.1 Capacità di prendere decisioni		
Obiettivo	Definisce la capacità della persona di prendere decisioni riguardo a più attività della propria vita, dalle più semplici, quali per esempio la scelta di che cosa mangiare, quali vestiti indossare la mattina, oppure come organizzare la propria giornata scegliendo di andare al bar o guardare la televisione, fino alle decisioni più complesse come la scelta di quali persone frequentare o la definizione dei propri lasciti. Le decisioni prese devono essere congrue ed appropriate rispetto al momento e alla situazione e non compromettere il proprio benessere o quello degli altri. Valuta anche la capacità della persona nel far fronte a situazioni nuove, e quindi la sua capacità di fronteggiamento (coping), adottando soluzioni adeguate. La capacità di prendere decisioni è da considerarsi integra solo se le funzioni cognitive sono preservate o non compromesse significativamente. Se la persona è in coma, stato vegetativo, di minima coscienza, locked-in syndrome o affetta da grave deterioramento cognitivo, assegnare la codifica E.		
Modifiche introdotte 2019	Le codifiche sono variate.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Decide autonomamente come vestirsi, come mangiare e come organizzare la giornata.		
	B. Come A, ma ha alcune difficoltà a far fronte a situazioni o problemi nuovi.		
	C. Ha bisogno di supporto, promozione, supervisione, ma prende ancora qualche decisione.		
	D. Prende solo decisioni semplici (Sì/No).		
	E. Totalmente dipendente e incapace di prendere delle decisioni.		

Item	5.5.1 Riconoscimento di persone		
Obiettivo	Definisce la capacità della persona di riconoscere coloro che vede quotidianamente, le persone con cui viene a contatto meno frequentemente, quelle con le quali ha un legame di parentela o affettivo, visitatori occasionali o persone mai viste prima. Se la persona è in coma, stato vegetativo, di minima coscienza, locked-in syndrome o affetta da grave deterioramento cognitivo, assegnare la codifica D.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Riconosce con prontezza anche persone non del tutto familiari (es.: visitatori occasionali).		
	B. Riconosce i familiari e gli operatori abituali, ma non persone meno note.		
	C. Qualche volta non riconosce nemmeno le persone più care o chi lo accudisce ogni giorno.		
	D. Non riconosce nessuno.		

Item	5.6.1 Capacità cognitiva di comprendere		
Obiettivo	<p>Definisce le capacità della persona di comprendere le informazioni che le vengono comunicate, sia verbalmente che per iscritto, che attraverso altre forme di comunicazione. Viene considerata la complessità dei contenuti: la persona è in grado di cogliere anche delle metafore o sfumature ironiche. Ciò è possibile soltanto se le funzioni cognitive sono preservate o non compromesse significativamente.</p> <p>Se la persona è in coma, stato vegetativo, di minima coscienza, locked-in syndrome o affetta da grave deterioramento cognitivo, assegnare la codifica D.</p>		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. La comprensione (della parola e dei gesti) è sempre pronta anche per messaggi complessi.		
	B. Bisogna spiegargli più volte le cose, ma alla fine capisce.		
	C. La comprensione è ridotta e si limita a messaggi semplici (es. cibo, sorriso, carezze).		
	D. La comprensione è completamente compromessa.		

Sezione 6

Item	6.1.1 La persona ha espresso affermazioni negative “Nulla è importante; preferirei essere morto; qual è lo scopo di tutto ciò; mi dispiace di aver vissuto così a lungo; lasciatemi morire”		
Obiettivo	Definisce la frequenza, con cui la persona ha espresso verbalmente affermazioni negative del tipo “nulla è importante; preferirei essere morto; qual è lo scopo di tutto ciò; mi dispiace aver vissuto così a lungo; lasciatemi morire”. Se la persona è in stato di coma o in stato vegetativo oppure affetta da grave deterioramento cognitivo e/o incapace di esprimersi, assegnare la codifica “A”.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. No, mai.		
	B. Sì, fino a 2 giorni a settimana.		
	C. Sì, da 3 a 5 giorni a settimana.		
	D. Sì, giornalmente o quasi.		

Item	6.1.2 La persona è persistentemente arrabbiata con sé o con gli altri o si irrita per niente		
Obiettivo	Definisce la frequenza, con cui la persona ha manifestato atteggiamenti o espressioni verbali di irritazione, sia nei confronti di sé stessa, sia nei confronti di altri. Ad esempio “Non capisci niente; sbagli sempre tutto”. Se la persona è in coma, stato vegetativo, di minima coscienza, locked-in syndrome, affetta da grave deterioramento cognitivo o incapace di esprimersi, assegnare la codifica A.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. No, mai.		
	B. Sì, fino a 2 giorni a settimana.		
	C. Sì, da 3 a 5 giorni a settimana.		
	D. Sì, giornalmente o quasi.		

Item	6.1.3 La persona esprime paure non confermate dalla realtà (ad es.: paura di essere abbandonata, lasciata sola, paura di stare con gli altri)		
Obiettivo	Definisce la frequenza con cui la persona ha manifestato, paure non confermate dalla realtà degli eventi (ad esempio timore/paura di non ricevere sufficienti attenzioni e/o sufficiente assistenza, di essere abbandonata, o che le altre persone possano farle del male). Se la persona è in coma, stato vegetativo, di minima coscienza, locked-in syndrome, affetta da grave deterioramento cognitivo o incapace di esprimersi, assegnare la codifica A.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell’item: le paure sono sempre “reali”, talvolta possono essere non confermate dalla realtà dei fatti. Ad esempio la persona ha paura di essere stata abbandonata, ma i familiari sono quotidianamente presenti.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. No, mai.		
	B. Sì, fino a 2 giorni a settimana.		
	C. Sì, da 3 a 5 giorni a settimana.		
	D. Sì, giornalmente o quasi.		

Item	6.1.4 La persona si lamenta in modo ripetitivo della sua salute (ad es.: richiede costantemente l'attenzione del personale/familiare, si preoccupa in modo ossessivo delle funzioni corporali)		
Obiettivo	Definisce la frequenza con cui la persona ha manifestato un'eccessiva preoccupazione per la propria salute richiedendo continuamente l'attenzione dei familiari e/o del personale di assistenza. Ad esempio ha richiesto insistentemente la rilevazione di parametri vitali sempre risultati nella norma oppure l'esecuzione di clisteri o la somministrazione di purghe senza problemi di stipsi. Se la persona è in coma, stato vegetativo, di minima coscienza, locked-in syndrome, affetta da grave deterioramento cognitivo o incapace di esprimersi, assegnare la codifica A.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. No, mai.		
	B. Sì, fino a 2 giorni a settimana.		
	C. Sì, da 3 a 5 giorni a settimana.		
	D. Sì, giornalmente o quasi.		

Item	6.1.5 La persona ha manifestazioni ripetute di ansia e preoccupazione (ad es.: chiede insistentemente attenzione, assicurazione circa gli orari, i pasti, la lavanderia, i vestiti, gli aspetti relazionali)		
Obiettivo	Definisce la frequenza con cui la persona ha evidenziato ansia o preoccupazione eccessive, rivolgendosi continuamente ai familiari o al personale di assistenza, richiedendo attenzione, chiedendo continuamente informazioni e assicurazioni (ad esempio sugli orari dei pasti e delle diverse attività o sulle terapie farmacologiche). Se la persona è in coma, stato vegetativo, di minima coscienza, locked-in syndrome, affetta da grave deterioramento cognitivo o incapace di esprimersi, assegnare la codifica A.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. No, mai.		
	B. Sì, fino a 2 giorni a settimana.		
	C. Sì, da 3 a 5 giorni a settimana.		
	D. Sì, giornalmente o quasi.		

Item	6.1.6 Espressione della faccia triste, addolorata, preoccupata (ad es. fronte accigliata)		
Obiettivo	Definisce la frequenza con cui la persona, ha manifestato un'espressione della faccia triste, addolorata, preoccupata. Se la persona è in coma, stato vegetativo, di minima coscienza, locked-in syndrome, affetta da grave deterioramento cognitivo o incapace di esprimersi, assegnare la codifica A.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. No, mai.		
	B. Sì, fino a 2 giorni a settimana.		
	C. Sì, da 3 a 5 giorni a settimana.		
	D. Sì, giornalmente o quasi.		

Item	6.1.7 Pianto, facilità alle lacrime		
Obiettivo	Definisce la frequenza con cui la persona, ha manifestato episodi di pianto oppure un'eccessiva propensione a commuoversi. Se la persona è in coma, stato vegetativo, di minima coscienza, locked-in syndrome, affetta da grave deterioramento cognitivo o incapace di esprimersi, assegnare la codifica A.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. No, mai.		
	B. Sì, fino a 2 giorni a settimana.		
	C. Sì, da 3 a 5 giorni a settimana.		
	D. Sì, giornalmente o quasi		

Item	6.2.1. Disturbi del sonno (disturbi dell'inizio e del mantenimento del sonno)		
Obiettivo	Registra la frequenza con cui la persona, nel corso dell'ultima settimana, ha manifestato episodi di insonnia, con difficoltà a prendere sonno o a mantenerlo (a seguito, per esempio, di episodi ripetuti di interruzione del sonno nel corso della notte). In caso di trattamento farmacologico per problemi del sonno, registrare come la persona ha effettivamente dormito.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda		Residenziale	
Codifiche	A. Assenti.		
	B. Sì, fino a 2 notti a settimana.		
	C. Sì, da 3 a 5 giorni a settimana.		
	D. Sì, giornalmente o quasi.		

Item	6.3.1. Irrequietezza notturna e disturbo per gli altri		
Obiettivo	Registra se ci sono state delle notti in cui la persona ha manifestato insonnia associata a irrequietezza psico-motoria o a comportamenti disturbanti verso gli altri, oppure episodi di confusione mentale (come ad esempio volontà di svolgere attività tipicamente diurne: fare il bagno, uscire per andare a fare la spesa, fare le pulizie, ecc.).		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Assenti.		
	B. Irrequietezza presente ma senza disturbo per gli altri.		
	C. Occasionale irrequietezza con disturbo per gli altri (1-2 notti a settimana).		
	D. Frequente irrequietezza con disturbo per gli altri (almeno 3 notti a settimana).		

Item	6.3.2 Problemi di vagabondaggio (la persona vaga senza alcun motivo razionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni ed alla sicurezza)		
Obiettivo	Definisce se ci sono stati episodi di vagabondaggio in cui la persona ha camminato senza meta, senza alcun motivo razionale o obiettivo coerente, senza badare alla propria sicurezza o ai propri bisogni.		
Modifiche introdotte 2019	È stata rimossa la voce "tendenza a perdersi" nel titolo, già valutata all'item 5.3.1.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Problemi assenti.		
	B. Problemi presenti da 1 a 3 giorni a settimana.		
	C. Problemi presenti da 4 a 6 giorni a settimana.		
	D. Problemi quotidiani.		

Item	6.3.3 Problemi di aggressività verbale (ad es.: spaventa, insulta, minaccia, grida ad altre persone)		
Obiettivo	Definisce la frequenza con cui la persona ha manifestato atteggiamenti aggressivi da un punto di vista verbale nei confronti di familiari, conviventi, operatori e/o altre persone (ad esempio ha urlato, minacciato).		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Problemi assenti.		
	B. Problemi presenti da 1 a 3 giorni a settimana.		
	C. Problemi presenti da 4 a 6 giorni a settimana.		
	D. Problemi quotidiani.		

Item	6.3.4 Problemi di aggressività fisica		
Obiettivo	Definisce la frequenza con cui la persona ha manifestato atteggiamenti di aggressività fisica nei confronti di familiari, conviventi, operatori, altre persone o oggetti, ovvero ha arrecato danno fisico, colpito, graffiato, molestato, spintonato, aggredito. Vanno inclusi anche episodi di aggressività auto diretta.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Problemi assenti.		
	B. Problemi presenti da 1 a 3 giorni a settimana.		
	C. Problemi presenti da 4 a 6 giorni a settimana.		
	D. Problemi quotidiani.		

Item	6.3.5 Problemi di inadeguatezza sociale e atteggiamento disinibito (ad es.: compie atti osceni, si spoglia in pubblico, lancia cibo/feci, rovista tra le cose altrui)		
Obiettivo	Definisce la frequenza con cui la persona ha manifestato comportamenti ritenuti socialmente inadeguati (ad esempio ha compiuto atti osceni, si è spogliato in pubblico, ha lanciato o spalmato cibo o feci, ha preso, frugato, nascosto o messo a soquadro oggetti personali appartenenti ad altre persone).		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Problemi assenti.		
	B. Problemi presenti da 1 a 3 giorni a settimana.		
	C. Problemi presenti da 4 a 6 giorni a settimana.		
	D. Problemi quotidiani.		

Item	6.3.6 Necessità di incessanti interventi verbali o fisici determinati dal grado di complessità del disturbo comportamentale e/o cognitivo della persona	
Obiettivo	<p>Registra i carichi di lavoro aggiuntivi connessi ai disturbi comportamentali o cognitivi particolarmente gravosi, in quanto richiedono interventi incessanti, cioè continui e molto ravvicinati nel tempo, che non sono controllabili in altro modo (ad esempio con somministrazione di terapia farmacologica). I disturbi comportamentali devono inoltre essere disturbanti oppure pericolosi per sé o per gli altri.</p> <p>NB:</p> <ul style="list-style-type: none"> • non vanno censiti gli interventi legati a eventuali problemi di collaborazione nella vestizione quotidiana, perché questi ultimi sono già considerati all'item 7.3.1; se la persona invece è solita spogliarsi ripetutamente nel corso della giornata per un disturbo comportamentale e richiede il continuo intervento dell'operatore, va registrata la codifica D; • il semplice vagabondaggio, che non rappresenta pericolo per sé e per gli altri e che non richiede ulteriore assistenza, è già rilevato da altri item. Se invece la persona esce dalla struttura, eludendo la sorveglianza, rischiando la propria incolumità e necessita, per evitare questo, della presenza costante di un operatore, l'intervento va registrato. <p>Le condizioni della persona e gli interventi necessari devono essere riportati nella documentazione della persona (PAI, diario infermieristico, cartella) e nelle note in calce alla sezione.</p>	
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo.	
Versione scheda	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Necessità di interventi: assente.	
	B. Necessità di interventi: presente da 1 a 3 giorni a settimana.	
	C. Necessità di interventi: presente da 4 a 6 giorni a settimana.	
	D. Necessità di interventi: presente quotidianamente.	

Sezione 7

Item	7.2.1. Socievolezza		
Obiettivo	Registra se la persona, ha relazioni sociali soddisfacenti e la sua abilità ad interagire con gli altri.		
Modifiche introdotte 2019	Le codifiche sono variate.		
Versione scheda		Residenziale	
Codifiche	A. È socievole, prende l'iniziativa.		
	B. Ha contatti solo occasionali.		
	C. Rifiuta i contatti.		
	D. Attività mai eseguite (es. coma o demenza grave).		

Item	7.3.1 Problemi di collaborazione all'assistenza (ad es.: la persona rifiuta le medicine e aiuto nelle ADL) a causa di problemi cognitivi e/o comportamentali o disturbi dell'umore		
Obiettivo	Definisce la frequenza del rifiuto della persona rispetto ad esempio all'assunzione della terapia, all'aiuto nell'igiene quotidiana, nell'alimentazione, nel vestirsi. Non deve essere considerato il caso in cui la persona rifiuti consapevolmente l'assistenza, ovvero eserciti una scelta informata, ma solo quando il rifiuto è frutto di disturbi di tipo cognitivo o comportamentale, che determina un ritardo nell'assistenza.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell'item		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Problemi assenti.		
	B. Problemi fino a 3 giorni a settimana.		
	C. Problemi più frequenti, da 4 a 6 giorni a settimana.		
	D. Problemi quotidiani.		

Item	7.3.2 Frequenza di contatti con parenti e amici incluse le telefonate		
Obiettivo	Registra la frequenza con cui la persona riceve visite, lettere o telefonate da parte di familiari o amici.		
Modifiche introdotte 2019	Le codifiche sono variate		
Versione scheda		Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Quotidianamente		
	B. Settimanalmente		
	C. Mensilmente		
	D. Quasi mai o mai.		

Item	7.4.1 Frequenza con cui la persona partecipa ad attività ricreative o sociali (ad es.: giocare a carte o a tombola, frequentare gruppi per fare qualcosa insieme oppure giocare con i nipoti)		
Obiettivo	Rileva la frequenza con cui la persona partecipa con interesse ad attività ricreative o sociali come ad esempio giocare a tombola o a carte, frequentare gruppi in cui si svolgono attività collettive, giocare con i propri nipoti.		
Modifiche introdotte 2019	Le codifiche sono variate.		
Versione scheda		Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Quotidianamente		
	B. Settimanalmente		
	C. Mensilmente		
	D. Quasi mai o mai.		

Item	7.5.1 Frequenza con cui la persona esce sola o accompagnata (non solo in cortile e/o giardino)	
Obiettivo	Registra se la persona esce (e con quale frequenza) dal proprio domicilio o dalla struttura, allo scopo di socializzare e interagire con altre persone e con l'ambiente che la circonda.	
Modifiche introdotte 2019	Le codifiche sono variate.	
Versione scheda		Residenziale
Codifiche	A. Frequentemente.	
	B. Occasionalmente/saltuariamente.	
	C. Quasi mai o mai.	

Sezione 8

Item	8.1.1 Lesioni cutanee dovute a qualsiasi causa incluse quelle del piede. (ad es. lesioni da pressione, da stasi, ischemica, diabetica, ecc.)		
Obiettivo	Definisce se la persona presenta lesioni cutanee, in qualsiasi sede corporea e di qualunque origine endogena o se è a rischio di svilupparne.		
Modifiche introdotte 2019	Sono state incluse le lesioni del piede.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Assenti e non a rischio.		
	B. A rischio (per ictus, immobilità, ecc.)		
	C. Presenti.		

Item	8.1.2 Lesioni cutanee dovute a qualsiasi causa (ad es. lesioni da pressione, da stasi, ischemica, diabetica, ecc.), all'interno delle caselle riportare il numero di lesioni in corrispondenza dello stadio indicato nella descrizione.		
Obiettivo	Registra il numero di lesioni di origine endogena presenti, di ogni tipo e categoria/stadio, in qualsiasi parte corpo esse si trovino ad esclusione delle lesioni vascolari e chirurgiche . Fa riferimento all'ultima versione del sistema di classificazione internazionale NPUAP/EPUAP 2014 (allegato A). In questo item per ogni stadio va indicato il numero di lesioni (di qualsiasi tipo) presenti. Se per il grado specifico non sono presenti lesioni, segnare 0 (zero).		
Modifiche introdotte 2019	Il titolo dell'item e le codifiche sono variati.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Eritema non sbiancabile (categoria/stadio 1): indicare il numero di lesioni.		
	B. Perdita cutanea a spessore parziale (categoria/stadio 2): indicare il numero di lesioni.		
	C. Perdita cutanea a spessore totale (categoria/stadio 3): indicare il numero di lesioni.		
	D. Perdita di tessuto a spessore totale (categoria/stadio 4): indicare il numero di lesioni.		
	E. Profondità sconosciuta (non stadiabili): indicare il numero di lesioni.		
	F. Profondità sconosciuta (sospetto danno profondo del tessuto): indicare il numero di lesioni.		

Item	8.1.4 Lesioni da pressione: all'interno delle caselle riportare il numero di lesioni in corrispondenza dello stadio indicato nella descrizione		
Obiettivo	Registra il numero di lesioni da pressione presenti, di ogni categoria/stadio, in qualsiasi parte corpo esse si trovino. Per ogni stadio va indicato il numero di lesioni da pressione presenti. Se per il grado specifico non sono presenti lesioni da pressione, segnare 0 (zero). Fa riferimento all'ultima versione del sistema di classificazione internazionale NPUAP/EPUAP 2014 (allegato A).		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo, sostituisce il precedente item 8.1.3.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Eritema non sbiancabile (categoria/stadio 1): indicare il numero di lesioni.		
	B. Perdita cutanea a spessore parziale (categoria/stadio 2): indicare il numero di lesioni.		
	C. Perdita cutanea a spessore totale (categoria/stadio 3): indicare il numero di lesioni.		
	D. Perdita di tessuto a spessore totale (categoria/stadio 4): indicare il numero di lesioni.		
	E. Profondità sconosciuta (non stadiabili): indicare il numero di lesioni.		
	F. Profondità sconosciuta (sospetto danno profondo del tessuto): indicare il numero di lesioni.		

Item	8.2.1 Ustioni di II e III grado (con vescicole, bolle, escara, necrosi, ecc.)		
Obiettivo	Definisce la presenza di ustioni di II e III grado.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	8.2.2 Lesioni aperte diverse da lesioni da pressione (ad es.: tagli, lesioni cancerose) incluse quelle del piede		
Obiettivo	Vanno inclusi/e all'interno di questo item tutti i tipi di rash cutanei, le lesioni cutanee di tipo vascolare, traumatico, come abrasioni, tagli e lacerazioni, le lesioni su base infettiva o degenerativa come quelle neoplastiche e le ferite chirurgiche. Vanno escluse le lesioni descritte ai precedenti item.		
Modifiche introdotte 2019	Rispetto all'item precedente sono state inserite anche le lesioni del piede e le ferite chirurgiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	8.3.4 Medicazione della lesione (qualunque intervento per il trattamento di una lesione di qualsiasi origine, incluse quelle ai piedi)		
Obiettivo	Documenta se la persona ha ricevuto trattamenti per lesioni di qualsiasi tipo e stadio ovunque localizzate (ad esempio uso di bende, applicazione di creme all'ossido di zinco, toilette chirurgica dell'escara, ecc.).		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato l'item, sono state inserite anche gli interventi per le lesioni del piede.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	8.5.1 Rischio di instabilità di equilibrio		
Obiettivo	Documenta se la persona presenta rischio di instabilità di equilibrio valutabile in caso di cadute precedenti, instabilità nel mantenere la posizione seduta, nell'alzarsi o nel camminare, paura di cadere.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato l'item.		
Versione scheda		Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	8.5.2 Presenza di instabilità di equilibrio		
Obiettivo	È collegato all'item precedente: in caso di risposta affermativa all'item 8.5.1, indicare il tipo di evento riscontrato. In caso di presenza contemporanea di più condizioni, indicare la più grave. La codifica B comprende anche l'instabilità nel mantenere la posizione seduta. In questo item la condizione più grave è la A, mentre la C è la meno grave.		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo.		
Versione scheda		Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> A. La persona è già caduta nell'ultimo anno B. La persona presente un'instabilità nell'alzarsi o nel cammino C. La persona ha paura di cadere 		

Item	8.5.3 Segni di disidratazione (ad es.: lingua e labbra screpolate, pelle secca, beve meno di 3 bicchieri al giorno, fluidi eliminati maggiori di quelli assunti, ecc.)		
Obiettivo	Documenta se la persona presenta segni di disidratazione di cute e mucose.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda		Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	8.5.5 Uso di tranquillanti o neurolettici		
Obiettivo	Documenta se la persona assume uno o più farmaci tranquillanti o neurolettici.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	8.5.6 Dolore – intensità: indicare in una scala da 0 a 10, l'intensità di dolore percepita dalla persona		
Obiettivo	Registra l'intensità del dolore rilevata con una scala di valutazione. Si allegano come esempio la scala NRS per le persone con cognitivo integro (allegato B) e la PAINAID per le persone non in grado di esprimere verbalmente il dolore (allegato B).La presenza della valutazione del dolore con scala specifica di valutazione deve essere documentata nella cartella della persona.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il sistema di valutazione.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	Campo a compilazione numerica da 0 a 10		

Item	8.5.7 Dolore - frequenza: se è presente, il dolore è quotidiano?		
Obiettivo	È collegato all'item precedente: in caso di risposta maggior di 0 (zero) all'item 8.5.6, indicare se la presenza del dolore è quotidiana.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	8.5.8 Dolore - Farmaci antidolorifici		
Obiettivo	Definisce se la persona assume uno o più farmaci antidolorifici e, in caso di risposta affermativa, ne precisa la tipologia.		
Modifiche introdotte 2019	Le codifiche sono state dettagliate maggiormente.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> A. No B. Semplici analgesici o antinfiammatori (ad es.: FANS, paracetamolo). C. Oppiacei minori (o oppioidi deboli). D. Oppiacei maggiori (o oppioidi forti). 		

Item	8.5.9 Via di somministrazione degli oppioidi		
Obiettivo	È collegato all'item precedente: in caso di risposta C o D all'item 8.5.8, indicare la via di somministrazione degli oppioidi.		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Transdermica.		
	B. Orale.		
	C. Parenterale.		

Item	8.5.10 Dolore - Insorgenza		
Obiettivo	Definisce l'insorgenza di dolore distinguendo fra il dolore che insorge spontaneamente, anche a riposo, da quello che insorge in seguito ad un movimento. Da compilare solo se 8.5.6 maggiore di 0 (zero).		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Spontaneo.		
	B. Al movimento.		

Item	8.5.11 Alterazioni della deglutizione		
Obiettivo	Rileva eventuali problemi alla deglutizione.		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	A. Alterazioni assenti.		
	B. Alterazioni minime, iniziale rallentamento e scarsa efficienza della deglutizione		
	C. Alterazioni solo relativamente ai cibi solidi.		
	D. Alterazioni solo relativamente ai cibi semiliquidi/liquidi.		
	E. Alterazione moderato-severa per cibi di qualsiasi consistenza (solidi, semiliquidi e liquidi).		
	F. Alterazione completa (non riesce a deglutire nulla oppure deglutisce soltanto la saliva).		

Item	8.6.1 Possibilità di lasciarlo solo di notte		
Obiettivo	Documenta se la persona può essere lasciata da sola nel corso della notte.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	• NO		
	• SI		

Item	8.6.2 Possibilità di lasciarlo da solo durante il giorno		
Obiettivo	Documenta se si può lasciare da sola la persona nell'arco della giornata e, in caso di risposta affermativa, per quanto tempo.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	A. Sì tutto il giorno.		
	B. Sì mezza giornata.		
	C. Sì alcune ore.		
	D. No, praticamente mai.		

Sezione 9

Item	9.1.1 Coma/stato vegetativo/stato di minima coscienza		
Obiettivo	Documenta se la persona si trova in coma, in stato vegetativo, in stato di minima coscienza oppure in locked-in syndrome. Per la definizione e le differenze fra i vari stati si rimanda alla tabella riportata nell' allegato C .		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.1.2 Allucinazioni		
Obiettivo	Documenta se la persona manifesta percezioni presentatesi in assenza di stimoli reali. Le allucinazioni possono essere di tipo uditivo (la persona sente delle voci che nessun altro sente), visivo (vede oggetti o persone inesistenti), olfattive, gustative o tattili.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.1.3 Deliri		
Obiettivo	Documenta se la persona manifesta fissazioni o credenze, non condivise da altre persone e in evidente contrasto con la realtà oggettiva. Possono essere di diverso tipo, ad esempio di persecuzione (il mondo intero ce l'ha con me), di beneficio (la paura di essere avvelenati), di onnipotenza (posso fare qualsiasi cosa, posso risolvere tutto io).		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.1.8 Diabete mellito		
Obiettivo	Documenta se la persona è affetta da diabete mellito, insulino-dipendente e non insulino-dipendente.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.1.9 Emiplegia/Emiparesi		
Obiettivo	Documenta se la persona è attualmente affetta da una compromissione, temporanea o permanente, del movimento e della funzione di entrambi gli arti di un lato del corpo e della corrispondente parte del viso).		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda		Residenziale	
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.1.10 Paraplegia/Paraparesi		
Obiettivo	Documenta se la persona è attualmente affetta da una compromissione, temporanea o permanente, del movimento, della funzione e della sensibilità che interessa, per lo più, la parte inferiore del tronco e gli arti inferiori (ma può colpire anche i soli arti superiori), conseguente a lesioni del midollo spinale e/o dei centri cerebrali su base traumatica (incidenti stradali o sul lavoro, cadute accidentali o lesioni da sport), o secondaria a patologie (neoplasie, processi infiammatori o degenerativi delle strutture vertebrali e discali, patologie infettive, ecc.).		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda		Residenziale	
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.1.11 Tetraplegia/Tetraparesi		
Obiettivo	Documenta se la persona è attualmente affetta da una compromissione, temporanea o permanente, del movimento, della funzione e della sensibilità a carico di tutti e quattro gli arti; può essere causata da emorragie cerebrali, trombosi, embolismi, tumori oppure traumi o lesioni del tratto cervicale del midollo spinale.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda		Residenziale	
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.1.12 Sclerosi multipla /Sclerosi Laterale Amiotrofica /altre malattie demielinizzanti		
Obiettivo	Documenta se la persona è attualmente affetta da sclerosi multipla (detta anche sclerosi a placche) o da altre malattie accomunabili per risvolti clinico-assistenziali.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.1.16 Malattie infettive croniche o recidivanti (ad es. infezioni da microorganismi sentinella, tubercolosi, AIDS e altre condizioni legate all'immunodeficienza, epatite infettiva,..)		
Obiettivo	Documenta se la persona è affetta da infezioni o colonizzazioni da microorganismi sentinella, tubercolosi, AIDS e altre condizioni.		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.5.4 Perdita di peso (oltre il 5% nell'ultimo mese oppure il 10% negli ultimi sei mesi)		
Obiettivo	Documenta una perdita di peso di oltre il 5% nell'ultimo mese, oppure di oltre il 10% negli ultimi sei mesi.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda		Residenziale	
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.5.7 Indice di massa corporea		
Obiettivo	ATTENZIONE! Un basso IMC con una significativa perdita di peso corporeo in 6 mesi sono fattori di rischio rilevanti per la mortalità degli anziani. Documenta l'indice di massa corporea della persona. Per la definizione e il calcolo si rimanda alle tabelle riportate nell' allegato D . Il dato deve essere riportato nella documentazione della persona.		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	Campo a compilazione numerica: deve essere introdotto un valore diverso da 0, il calcolo può essere effettuato secondo le tabelle in allegato.		

Item	9.6.4 Trattamento farmacologico con insulina – in terapia cronica		
Obiettivo	Documenta se la persona, è in trattamento con insulina.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato l'intervallo temporale di osservazione/valutazione: va a rilevare la presenza in terapia CRONICA di un trattamento farmacologico con insulina.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.6.5 Trattamento con farmaci ipoglicemizzanti orali – in terapia cronica		
Obiettivo	Documenta se la persona è in trattamento con farmaci ipoglicemizzanti orali.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato l'intervallo temporale di osservazione/valutazione: va a rilevare la presenza in terapia CRONICA di un trattamento farmacologico con ipoglicemizzanti orali.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.6.6 Trattamento con farmaci anticoagulanti – in terapia cronica		
Obiettivo	Documenta se la persona è in trattamento con farmaci anticoagulanti (eparina, Coumadin, ecc.) indipendentemente dalla forma di somministrazione. Non devono essere considerati gli antiaggreganti piastrinici (acido acetilsalicilico) in quanto non sono farmaci anticoagulanti.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato l'intervallo temporale di osservazione/valutazione: va a rilevare la presenza in terapia CRONICA di un trattamento farmacologico con anticoagulanti.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.6.7 Trattamento con sostanza chemioterapiche – in corso		
Obiettivo	Documenta se la persona è in trattamento con sostanze chemioterapiche di qualsiasi tipo e per qualsiasi via di somministrazione.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato l'intervallo temporale di osservazione/valutazione: va a rilevare la presenza in CORSO di un trattamento farmacologico con sostanze chemioterapiche.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.6.8 Trattamento con sostanze radioattive – in corso		
Obiettivo	Documenta se la persona è in trattamento con sostanze radioattive.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato l'intervallo temporale di osservazione/valutazione: va rilevare la presenza in CORSO di un trattamento farmacologico con sostanze radioattive.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.6.9 Trasfusione di sangue e componenti ematici – con periodicità almeno mensile		
Obiettivo	Documenta se la persona, viene sottoposta a trasfusione di sangue o di altri prodotti a derivazione ematica con una cadenza almeno mensile.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato l'intervallo temporale di osservazione/valutazione: va a rilevare se la trasfusione di sangue o di altri prodotti a derivazione ematica, viene effettuata con periodicità ALMENO MENSILE.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.6.10 Catetere venoso centrale/Port-a-Cath/PICC/Midline		
Obiettivo	Documenta se la persona è portatrice di un catetere venoso centrale, di un Port-a-Cath, di un PICC o di un Midline.		
Modifiche introdotte 2019	Sono stati aggiunti PICC e Midline.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.6.11 Numero di principi attivi diversi assunti in media ogni giorno per qualunque via di somministrazione esclusi colliri, pomate e placebo.		
Obiettivo	Registra il numero di principi attivi che la persona assume in media ogni giorno. È necessario considerare tutti i principi attivi assunti (esclusi placebo colliri e pomate), indipendentemente dalla forma farmaceutica e dalla via di somministrazione.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato il titolo dell'item: è prevista infatti l'indicazione del numero dei principi attivi anziché del numero di compresse o altre formulazioni farmaceutiche e sono stati esclusi i placebo.		
Versione scheda		Residenziale	
Codifiche	Campo a compilazione numerica: deve essere introdotto un valore uguale o maggiore di 0.		

Item	9.6.12 Numero di giorni alla settimana, in cui la persona riceve farmaci per via intramuscolare e/o sottocutanea in terapia cronica		
Obiettivo	<p>Registra il numero di giorni alla settimana in cui la persona ha ricevuto farmaci per via intramuscolare e/o sottocutanea in terapia cronica.</p> <p>Anche se la persona non ha ricevuto iniezioni nel corso dell'ultima settimana, in caso di terapia iniettiva cronica è necessario indicare il numero di giorni settimanali esprimendolo in decimali, come calcolato di seguito: $7/n$ giorni di intervallo tra due somministrazioni. Ad esempio: se la somministrazione di terapia cronica avviene ogni 10 giorni, il calcolo sarà $7/10 = 0,7$ giorni.</p> <p>In caso di più somministrazioni deve essere riportata la somma.</p> <p>Esempio: farmaco 1 somministrato ogni 10 giorni, il calcolo sarà $7/10 = 0,7$. Farmaco 2 somministrato ogni 14 giorni, il calcolo sarà $7/14 = 0,5$. Il valore da riportare nella scheda sarà $(0,7+0,5)$ uguale a 1,2.</p>		
Modifiche introdotte 2019	L'item stato modificato, sono state escluse le somministrazioni per via endovenosa.		
Versione scheda		Residenziale	Domiciliare
Codifiche	Campo a compilazione numerica: deve essere introdotto un valore uguale o maggiore di 0.		

Item	9.6.13 Numero di giorni alla settimana in cui la persona riceve fluidi per via endovenosa in terapia cronica		
Obiettivo	<p>Documenta se la persona è in terapia cronica con fluidi per via endovenosa. Vanno segnalati il numero dei giorni alla settimana in cui la persona riceve i fluidi.</p> <p>Anche se la persona non ha ricevuto fluidi nel corso dell'ultima settimana, in caso di terapia cronica è necessario indicare il numero di giorni settimanali esprimendolo in decimali, come calcolato di seguito: $7/n$ giorni di intervallo tra due somministrazioni. Ad esempio: se la somministrazione di terapia cronica avviene ogni 10 giorni, il calcolo sarà $7/10 = 0,7$ giorni.</p> <p>In caso di più somministrazioni deve essere riportata la somma. Esempio: farmaco 1 somministrato ogni 10 giorni, il calcolo sarà $7/10 = 0,7$. Farmaco 2 somministrato ogni 14 giorni, il calcolo sarà $7/14 = 0,5$. Il valore da riportare nella scheda sarà $(0,7+0,5)$ uguale a 1,2.</p>		
Modifiche introdotte 2019	L'item è stato cambiato, sono state prese in considerazione solo le somministrazioni per via endovenosa.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	Campo a compilazione numerica: deve essere introdotto un valore uguale o maggiore di 0.		

Item	9.6.14 Numero di giorni in cui il medico ha cambiato la prescrizione (nelle ultime 2 settimane)		
Obiettivo	Registra il numero di giorni, nel corso delle ultime due settimane, in cui un medico (sia curante che specialista) ha modificato le prescrizioni terapeutiche della persona, a prescindere dal numero di volte in cui lo ha visitato.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda		Residenziale	
Codifiche	Campo a compilazione numerica: deve essere introdotto un valore uguale o maggiore di 0.		

Item	9.6.15 Numero di giorni in cui la persona ha ricevuto visite mediche (nelle ultime 2 settimane)		
Obiettivo	Registra il numero di giorni, nel corso delle ultime due settimane, in cui la persona ha ricevuto visite mediche di qualsiasi tipo, non solo da parte del medico curante, ma anche da parte di specialisti.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche.		
Versione scheda		Residenziale	
Codifiche	Campo a compilazione numerica: deve essere introdotto un valore uguale o maggiore di 0.		

Item	9.6.16 Procedure terapeutiche relative a malattia oncologica – in corso		
Obiettivo	Documenta se la persona è in trattamento con procedure terapeutiche relative a malattia oncologica.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato l'intervallo temporale di osservazione/valutazione: va rilevare la terapia in CORSO.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.6.17 Interventi di cure palliative, incluso assistenza al fine vita – in corso		
Obiettivo	Documenta se la persona è in trattamento con interventi di cure palliative, incluso l'assistenza al fine vita.		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.7.1 Ossigenoterapia a lungo termine – almeno 15 ore al giorno – in corso		
Obiettivo	Documenta se la persona, è sottoposta a somministrazione continua, per almeno 15 ore, di ossigeno.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato l'intervallo temporale di osservazione/valutazione: va a rilevare la presenza in CORSO di ossigeno terapia a lungo termine.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.7.2 Ventilazione / respirazione forzata – in corso		
Obiettivo	Documenta se la persona è collegata ad apparecchiature che supportano totalmente o parzialmente la sua funzione respiratoria (compresa la ventilazione meccanica, notturna o intermittente con CPAP).		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato l'intervallo temporale di osservazione/valutazione: va a rilevare la presenza in CORSO di ventilazione/respirazione forzata.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.7.3 Aspirazione bronchiale – in corso		
Obiettivo	Documenta se la persona è sottoposta ad aspirazione bronchiale finalizzata alla rimozione di muco o altro materiale che occlude le basse vie respiratorie. L'aspirazione bronchiale viene effettuata in presenza di tracheostomia.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato l'intervallo temporale di osservazione/valutazione: va a rilevare la presenza in CORSO di aspirazione bronchiale.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	• NO		
	• SI		

Item	9.7.4 Tracheostomia		
Obiettivo	Documenta se la persona è sottoposta a interventi volti alla cura della tracheostomia.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato l'intervallo temporale di osservazione/valutazione: va a rilevare la presenza in CORSO di interventi volti alla cura della tracheostomia.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	• NO		
	• SI		

Item	9.8.1 Stomia urinaria		
Obiettivo	Documenta se la persona è portatrice di un qualsiasi tipo di stomia esterna delle vie urinarie.		
Modifiche introdotte 2019	Non sono state introdotte modifiche		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	• NO		
	• SI		

Item	9.8.2 Catetere vescicale (escludere i cateteri estemporanei)		
Obiettivo	Documenta se la persona è portatrice di catetere vescicale.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato l'intervallo temporale di osservazione/valutazione: va a rilevare la presenza in CORSO di cateteri vescicali.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	• NO		
	• SI		

Item	9.8.3 Dialisi – in corso		
Obiettivo	Documenta se la persona, è sottoposta a trattamento dialitico sia di tipo peritoneale, sia di emodialisi extracorporea.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato l'intervallo temporale di osservazione/valutazione: va a rilevare la presenza in CORSO di trattamento dialitico.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	• NO		
	• SI		

Item	9.9.2 Alimentazione artificiale per via parenterale – in corso		
Obiettivo	Documenta se la persona, è alimentata per via parenterale, attraverso un catetere endovenoso.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato l'intervallo temporale di osservazione/valutazione: va a rilevare la presenza in CORSO di alimentazione per via parenterale.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	• NO		
	• SI		

Item	9.9.3 Alimentazione artificiale per via enterale – in corso		
Obiettivo	Documenta se la persona, è alimentata per via enterale, attraverso un sondino nasogastrico o una PEG.		
Modifiche introdotte 2019	È stato modificato l'intervallo temporale di osservazione/valutazione: va a rilevare la presenza in CORSO di alimentazione per via enterale.		
Versione scheda	Slim Edition	Residenziale	Domiciliare
Codifiche	• NO		
	• SI		

Item	9.10.1 Necessità di fisioterapia respiratoria		
Obiettivo	<p>Documenta se la persona necessita di fisioterapia respiratoria da parte di un fisioterapista.</p> <p>Esempi di fisioterapia respiratoria sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tecniche di rieducazione diaframmatica • drenaggio posturale • educazione alla tosse • ripristino di una corretta dinamica ventilatoria • miglioramento della mobilità toracica • potenziamento della muscolatura respiratoria principale e accessoria. 		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo.		
Versione scheda		Residenziale	Domiciliare
Codifiche	• NO		
	• SI		

Item	9.10.2 Necessità di mobilizzazione attiva/passiva		
Obiettivo	<p>Registra la necessità di mobilizzazione attiva/passiva fornita da un fisioterapista, cioè quell'attività relativa a problematiche di tipo ortopedico o neurologico, volta al recupero o al mantenimento di uno stato (rieducazione motoria).</p> <p>La prestazione può essere erogata anche da altro professionista, se adeguatamente addestrato dal fisioterapista e sotto la sua responsabilità.</p>		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo.		
Versione scheda		Residenziale	Domiciliare
Codifiche	• NO		
	• SI		

Item	9.10.3 Educazione alla mobilitazione (comprensiva di quella ai trasferimenti) e all'utilizzo e alla cura di ausili, protesi e ortesi		
Obiettivo	Registra l'avvenuta educazione, rivolta alla persona o al suo familiare, per la mobilitazione con particolare riferimento a quella per i trasferimenti, nonché l'addestramento all'utilizzo degli ausili e l'educazione all'uso (come indossare) e alla cura (manutenzione e pulizia) di protesi e ortesi da parte di un fisioterapista. La prestazione può essere erogata anche da altro personale se adeguatamente addestrato dal fisioterapista e sotto la sua responsabilità. L'avvenuta educazione deve essere riportata nella cartella o in altra documentazione clinica della persona (cartella fisioterapica, cartella integrata, ecc.).		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.10.4 Educazione terapeutica per trattamento con farmaci decumarolici		
Obiettivo	Registra l'erogazione di educazione terapeutica rivolta alla persona o al suo familiare, da parte dell'infermiere in caso di assunzione di farmaci decumarolici (Coumadin, Sintrom). L'avvenuta educazione deve essere riportata nella cartella o in altra documentazione clinica della persona (cartella infermieristica, cartella integrata, ecc.).		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.10.5 Educazione terapeutica per disturbi legati all'alimentazione		
Obiettivo	Registra l'erogazione di educazione terapeutica rivolta alla persona o al suo familiare, da parte dell'infermiere in caso di disturbi legati all'alimentazione (ad esempio educazione per patologie -diabete, ipertensione-, per problemi alla deglutizione -consistenza dei cibi, corretta postura- o in caso di alimentazione artificiale -gestione della PEG o sondini naso gastrici-). L'avvenuta educazione deve essere riportata nella cartella o in altra documentazione clinica della persona (cartella infermieristica, cartella integrata, ecc.).		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.10.6 Educazione terapeutica per scompenso cardiaco		
Obiettivo	Registra l'erogazione di educazione terapeutica da parte dell'infermiere a persone affette da scompenso cardiaco o a loro familiari. L'avvenuta educazione deve essere riportata nella cartella o in altra documentazione clinica della persona (cartella infermieristica, cartella integrata, ecc.).		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.10.7 Compilazione di schede dettagliate quotidiane per il monitoraggio idrico		
Obiettivo	<p>Documenta se la persona è soggetta a monitoraggio idrico quotidiano.</p> <p>Il monitoraggio idrico deve prevedere la compilazione di schede dettagliate che riportino almeno 6 volte nelle 24 ore la quantità di liquidi assunti per via orale.</p> <p>Le schede, compilate dal personale o dai familiari/caregiver, devono essere conservate nella documentazione clinica della persona (cartella infermieristica, cartella integrata, ecc.).</p>		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo.		
Versione scheda		Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Item	9.10.8 Compilazione di schede dettagliate quotidiane per il monitoraggio alimentare		
Obiettivo	<p>Documenta se la persona è soggetta a monitoraggio alimentare quotidiano.</p> <p>Il monitoraggio alimentare deve prevedere la compilazione di schede dettagliate che riportino ad ogni pasto, non solo la quantità di cibo introdotto, ma anche la sua composizione.</p> <p>Le schede, compilate dal personale o dai familiari/caregiver, devono essere conservate nella documentazione clinica della persona (cartella infermieristica, cartella integrata, ecc.).</p>		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo.		
Versione scheda		Residenziale	Domiciliare
Codifiche	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 		

Sezione 10

Item	10.1.1 Presenza di caregiver adeguato		
Obiettivo	Registra la presenza di caregiver formale/informale in grado di prestare l'assistenza necessaria alla persona. L'adeguatezza è riferita alle caratteristiche quali età, capacità fisica, capacità cognitiva.		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	• NO		
	• SI		

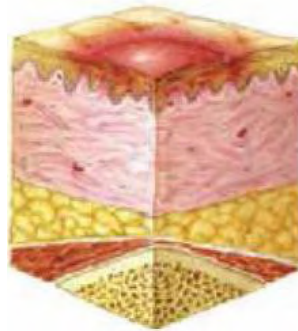
Item	10.1.2 Presenza di stress del caregiver		
Obiettivo	Registra, in caso di caregiver adeguato, la presenza di stress nello stesso. Lo stress viene rilevato dall'operatore sia in modo diretto (dichiarazione palese del caregiver) che indiretto (rilevando una condizione di stress non esplicitata dal caregiver).		
Modifiche introdotte 2019	Item introdotto ex novo.		
Versione scheda			Domiciliare
Codifiche	• NO		
	• SI		

Allegato A – Sistema di classificazione internazionale NPUAP/EPUAP 2016

Un'ulcera da pressione è una lesione localizzata alla cute e/o al tessuto sottostante solitamente localizzata su una prominenza ossea, come risultato della pressione o della pressione in combinazione con le forze di taglio. Un certo numero di fattori contribuenti o confondenti sono anche associati alle ulcere da pressione; l'importanza di questi fattori rimane ancora da chiarire.

Categoria/Stadio I: Eritema non sbiancabile

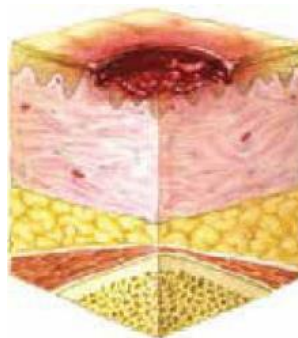
Cute intatta con rossore non sbiancabile di una zona localizzata solitamente su una prominenza ossea. La cute pigmentata di scuro può non avere uno sbiancamento visibile; il suo colore può differire dalla zona circostante. L'area può essere dolorosa, solida, morbida, più calda o più fredda rispetto al tessuto adiacente. La Categoria/Stadio I può essere difficile da rilevare nei soggetti con tonalità di pelle scura. Può indicare persone "a rischio" (un segno foriero di rischio).



Categoria/Stadio II: Perdita cutanea a spessore parziale

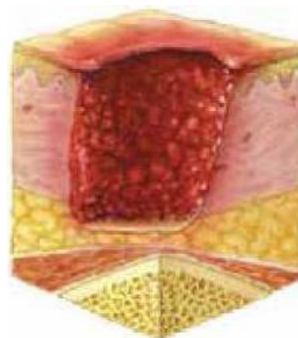
Perdita di spessore parziale del derma che si presenta come un'ulcera aperta superficiale con un letto della ferita rosso rosa, senza tessuto devitalizzato (slough). Può anche presentarsi come una vescica intatta o aperta/rotta piena di siero. Si presenta come un'ulcera superficiale lucida o secca senza tessuto devitalizzato (slough) o ecchimosi.* Questo Categoria/Stadio non deve essere usata per descrivere lacerazioni cutanee, ustioni, dermatiti perineali, macerazione o escoriazioni.

*L'ecchimosi indica una sospetta lesione dei tessuti profondi.



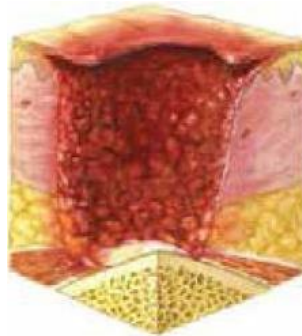
Categoria/Stadio III: Perdita cutanea a spessore totale

Perdita di tessuto a spessore totale. Il grasso sottocutaneo può essere visibile ma le ossa, i tendini o i muscoli non sono esposti. Il tessuto devitalizzato (slough) può essere presente, ma non oscura la profondità della perdita di tessuto. Può includere sottominature e tunnelizzazioni. La profondità della Categoria/Stadio III delle ulcere da pressione varia in base alla posizione anatomica. Il ponte del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e le ulcere di Categoria/Stadio III possono essere poco profonde. In contrasto, nelle aree di significativa adiposità si possono sviluppare ulcere da pressione estremamente profonde di Categoria/Stadio III. Le ossa/tendini non sono visibili o direttamente palpabili.



Categoria/Stadio IV: Perdita di tessuto a spessore totale

Perdita di tessuto a spessore totale con esposizione ossea, tendinea o muscolare. Il tessuto devitalizzato (slough) o l'escara possono essere presenti in alcune parti del letto della ferita. Spesso include lo scollamento e la tunnelizzazione dei tessuti. La profondità delle ulcere da pressione di Categoria/Stadio IV varia dalla posizione anatomica. Il ponte del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e queste ulcere possono essere poco profonde. Le ulcere di Categoria/Stadio IV possono estendersi nel muscolo e/o nelle strutture di supporto (ad esempio, la fascia, i tendini o la capsula articolare) favorendo l'osteomielite. Le ossa/tendini sono visibili o direttamente palpabili.



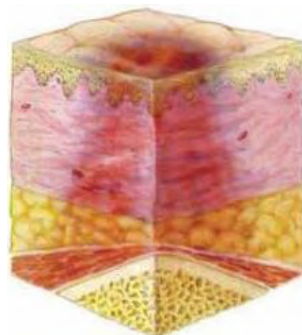
Non stadiabili: Profondità sconosciuta

Perdita di tessuto a spessore totale in cui la base dell'ulcera è coperta da tessuto devitalizzato (slough) (giallo, marrone chiaro, grigio, verde o marrone) e/o escara (marrone chiaro, marrone o nero) nel letto della ferita. Fino al momento in cui lo slough e/o l'escara non vengono rimossi per rendere visibile la base dell'ulcera, la vera profondità e pertanto la Categoria/Stadio non può essere determinata. L'escara stabile (asciutta, aderente, intatta senza eritema o fluttuanza) sui talloni serve come "copertura naturale (biologica) del corpo" e non deve essere rimossa.



Sospetto danno profondo del tessuto: Profondità sconosciuta

Area localizzata di colore viola o marrone di cute intatta scolorita o flittene pieno di sangue, dovuta al danno sottostante dei tessuti molli causato dalla pressione e/o dalle forze di taglio. L'area può essere preceduta dalla presenza di tessuto doloroso, solido, pastoso, melmoso, più caldo o più freddo rispetto al tessuto adiacente. Le lesioni del tessuto profondo possono essere difficili da rilevare negli individui con tonalità di pelle scura. L'evoluzione di questo stadio può includere una sottile vescica su un letto di ferita scuro. La ferita può evolvere ulteriormente coprendosi con un'escara sottile. L'evoluzione può essere rapida esponendo strati aggiuntivi di tessuto anche in presenza di un trattamento ottimale.



Allegato B – Scale di valutazione del dolore

Scala del dolore NRS - Numerical Rating Scale (Downie, 1978; Grossi, 1983)

Si tratta di una scala numerica unidimensionale quantitativa di valutazione del dolore a 11 punti; la scala prevede che l'operatore chieda al malato di selezionare il numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore, da 0 a 10, in quel preciso momento.

“Se 0 significa nessun dolore e 10 indica il peggiore dolore possibile, qual è il dolore che prova ora?”

Ha la caratteristica di eliminare la necessità della coordinazione visiva e motoria quindi ha maggior possibilità di completamento.

Scala del dolore PAINAD - Pain Assesment IN Advanced Dementia

	Descrizione	Punteggio
Respiro <i>(indipendente dalla vocalizzazione)</i>	Normale	0
	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	1
	Respiro alterato. Iperventilazione. Cheyne-Stokes	2
Vocalizzazione	Nessuna	0
	Occasionali lamenti. Saltuarie espressioni negative	1
	Ripetuti richiami. Lamenti. Pianto	2
Espressione facciale	Sorridente o inespressiva	0
	Triste. Ansiosa. Contratta	1
	Smorfie	2
Linguaggio del corpo	Rilassato	0
	Teso. Movimenti nervosi. Irrequietezza	1
	Rigidità. Agitazione. Ginocchia piegate. Movimento afinalistico, a tratti	2
Consolabilità	Non necessita di consolazione	0
	Distratto o rassicurato da voce o tocco	1
	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura	2
Data Ora	Firma	TOTALE

Allegato C – Tabella coma/stato vegetativo/SMC

STATO	COMA	STATO VEGETATIVO	STATO MINIMA COSCIENZA	LOCKED-IN SINDROME
Consapevolezza	no	no	parziale	parziale
Apertura occhi	no	si	si	si
Funzione motoria	riflessa/postura	posture, movimenti retrattili occasionali stereotipati	non consistente	quadriplegia movimenti oculari verticali
Percezione dolore	no	no	non conosciuta	si
Funzione respiratoria	depressa o variata	normale	normale	normale
Funzione uditiva	nessuna	breve orientazione	esegue ordini incosciente	preservata
Funzione visiva	nessuna	breve orientazione	inseguimento con lo sguardo	preservata
Comunicazione	nessuna	nessuna	vocalizzazione, comunicazione verbale/gestuale	afonia/anartria/ movimenti oculari verticali
Emozioni	nessuna	breve o pianto	contingente pianto	preservata

Fonte: *The Royal College of Physicians, (2003); 3(3): pp.249-54.*

Allegato D – Indice di massa corporea

L'Indice di Massa Corporea (IMC) si calcola dividendo il **peso** (espresso in kg) per il quadrato dell'**altezza** (espressa in metri) come indice indiretto di adiposità:

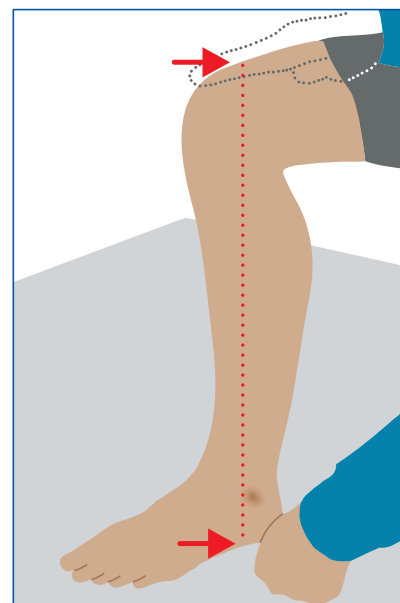
$$IMC = \text{kg}/\text{m}^2$$

Nei casi in cui non sia possibile rilevare direttamente l'altezza della persona, si può utilizzare l'altezza al ginocchio, la lunghezza dell'ulna, la semi-ampiezza delle braccia e utilizzare le tabelle sotto riportate per ricavare per approssimazione l'altezza.

Nei casi in cui non fosse possibile rilevare né l'altezza né il peso della persona, si può utilizzare la circonferenza del braccio per ricavare l'IMC per approssimazione.

Misurazione **altezza al ginocchio**:

- se possibile misurare la gamba **sinistra**
 - il soggetto deve sedere su una sedia , senza scarpe, con il ginocchio ad angolo retto
 - tenere un metro a nastro tra medio e anulare, con lo zero sotto le dita
 - posizionare la mano piatta sulla coscia del paziente, a 4 cm circa dalla parte anteriore del ginocchio
 - estendere il metro a nastro verso il basso, lungo il lato della gamba in linea con la prominenza ossea della caviglia (malleolo laterale), fino alla base del tallone.
- Misurare con un'approssimazione di 0,5 cm

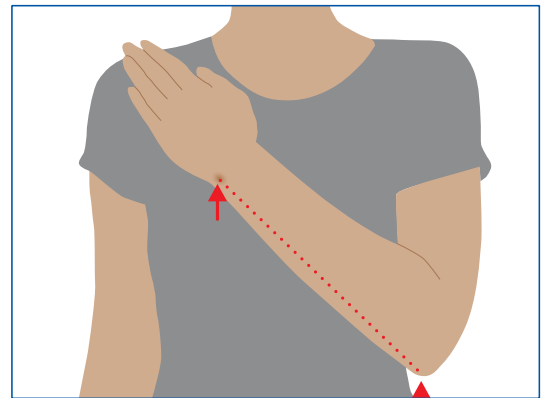


Tab. 1 – Altezza stimata in base all'altezza al ginocchio

Altezza (m)	Uomini (18-59 anni)	1.94	1.93	1.92	1.91	1.90	1.89	1.88	1.87	1.865	1.86	1.85	1.84	1.83	1.82	1.81
	Uomini (60-90 anni)	1.94	1.93	1.92	1.91	1.90	1.89	1.88	1.87	1.86	1.85	1.84	1.83	1.82	1.81	1.80
	Altezza al ginocchio (cm)	65.0	64.5	64.0	63.5	63.0	62.5	62.0	61.5	61.0	60.5	60.0	59.5	59.0	58.5	58.0
Altezza (m)	Donne (18-59 anni)	1.89	1.88	1.875	1.87	1.86	1.85	1.84	1.83	1.82	1.81	1.80	1.79	1.78	1.77	1.76
	Donne (60-90 anni)	1.86	1.85	1.84	1.835	1.83	1.82	1.81	1.80	1.79	1.78	1.77	1.76	1.75	1.74	1.73
	Altezza al ginocchio (cm)	65.0	64.5	64.0	63.5	63.0	62.5	62.0	61.5	61.0	60.5	60.0	59.5	59.0	58.5	58.0
Altezza (m)	Uomini (18-59 anni)	1.80	1.79	1.78	1.77	1.76	1.75	1.74	1.73	1.72	1.71	1.705	1.70	1.69	1.68	1.67
	Uomini (60-90 anni)	1.79	1.78	1.77	1.76	1.74	1.73	1.72	1.71	1.70	1.69	1.68	1.67	1.66	1.65	1.64
	Altezza al ginocchio (cm)	57.5	57.0	56.5	56.0	55.5	55.0	54.5	54.0	53.5	53.0	52.5	52.0	51.5	51.0	50.5
Altezza (m)	Donne (18-59 anni)	1.75	1.74	1.735	1.73	1.72	1.71	1.70	1.69	1.68	1.67	1.66	1.65	1.64	1.63	1.62
	Donne (60-90 anni)	1.72	1.71	1.70	1.69	1.68	1.67	1.66	1.65	1.64	1.63	1.625	1.62	1.61	1.60	1.59
	Altezza al ginocchio (cm)	57.5	57.0	56.5	56.0	55.5	55.0	54.5	54.0	53.5	53.0	52.5	52.0	51.5	51.0	50.5
Altezza (m)	Uomini (18-59 anni)	1.66	1.65	1.64	1.63	1.62	1.61	1.60	1.59	1.58	1.57	1.56	1.555	1.55	1.54	1.53
	Uomini (60-90 anni)	1.63	1.62	1.61	1.60	1.59	1.58	1.57	1.56	1.55	1.54	1.53	1.52	1.51	1.49	1.48
	Altezza al ginocchio (cm)	50.0	49.5	49.0	48.5	48.0	47.5	47.0	46.5	46.0	45.5	45.0	44.5	44.0	43.5	43.0
Altezza (m)	Donne (18-59 anni)	1.61	1.60	1.59	1.585	1.58	1.57	1.56	1.55	1.54	1.53	1.52	1.51	1.50	1.49	1.48
	Donne (60-90 anni)	1.58	1.57	1.56	1.55	1.54	1.53	1.52	1.51	1.50	1.49	1.48	1.47	1.46	1.45	1.44
	Altezza al ginocchio (cm)	50.0	49.5	49.0	48.5	48.0	47.5	47.0	46.5	46.0	45.5	45.0	44.5	44.0	43.5	43.0

Misurazione **lunghezza dell'avambraccio (ulna):**

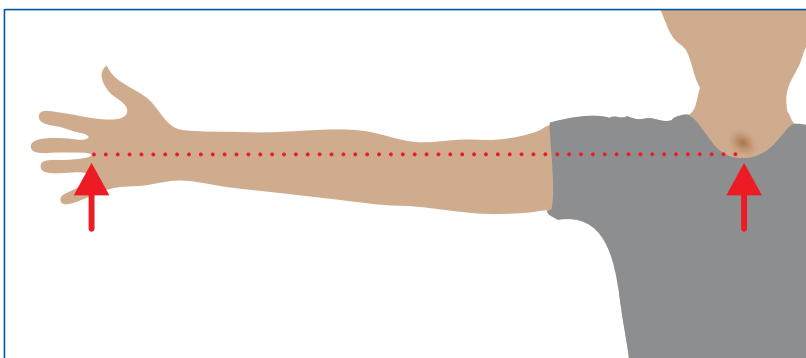
- chiedere al soggetto di piegare un braccio (se possibile il **sinistro**), con il palmo della mano appoggiato al torace e le dita che puntano verso la spalla opposta
- usando un metro a nastro, misurare la lunghezza in centimetri (cm) con un'approssimazione di 0,5 cm, tra il punto del gomito (olecrano) e il punto centrale dell'osso sporgente del polso (processo stiloideo)



Tab. 2 – Altezza stimata in base alla lunghezza dell'ulna

Altezza (m)	Uomini (<65 anni)	1.94	1.93	1.91	1.89	1.87	1.85	1.84	1.82	1.80	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71
	Uomini (≥65 anni)	1.87	1.86	1.84	1.82	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.67
Lunghezza dell'ulna (cm)		32.0	31.5	31.0	30.5	30.0	29.5	29.0	28.5	28.0	27.5	27.0	26.5	26.0	25.5
Altezza (m)	Donne (<65 anni)	1.84	1.83	1.81	1.80	1.79	1.77	1.76	1.75	1.73	1.72	1.70	1.69	1.68	1.66
	Donne (≥65 anni)	1.84	1.83	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.66	1.65	1.63
Lunghezza dell'ulna (cm)		25.0	24.5	24.0	23.5	23.0	22.5	22.0	21.5	21.0	20.5	20.0	19.5	19.0	18.5
Altezza (m)	Uomini (<65 anni)	1.69	1.67	1.66	1.64	1.62	1.60	1.58	1.57	1.55	1.53	1.51	1.49	1.48	1.46
	Uomini (≥65 anni)	1.65	1.63	1.62	1.60	1.59	1.57	1.56	1.54	1.52	1.51	1.49	1.48	1.46	1.45
Lunghezza dell'ulna (cm)		25.0	24.5	24.0	23.5	23.0	22.5	22.0	21.5	21.0	20.5	20.0	19.5	19.0	18.5
Altezza (m)	Donne (<65 anni)	1.65	1.63	1.62	1.61	1.59	1.58	1.56	1.55	1.54	1.52	1.51	1.50	1.48	1.47
	Donne (≥65 anni)	1.61	1.60	1.58	1.56	1.55	1.53	1.52	1.50	1.48	1.47	1.45	1.44	1.42	1.40

Misurazione **semi-ampiezza delle braccia:**



Tab. 3 – Altezza stimata in base alla semi-ampiezza delle braccia

Altezza (m)	Uomini (16-54 anni)	1.97	1.95	1.94	1.93	1.92	1.90	1.89	1.88	1.86	1.85	1.84	1.82	1.81	1.80	1.78	1.77	1.76
	Uomini (≥55 anni)	1.90	1.89	1.87	1.86	1.85	1.84	1.83	1.81	1.80	1.79	1.78	1.77	1.75	1.74	1.73	1.72	1.71
Demispan (cm)		99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83
Altezza (m)	Donne (16-54 anni)	1.91	1.89	1.88	1.87	1.85	1.84	1.83	1.82	1.80	1.79	1.78	1.76	1.75	1.74	1.72	1.71	1.70
	Donne (≥55 anni)	1.86	1.85	1.83	1.82	1.81	1.80	1.79	1.77	1.76	1.75	1.74	1.73	1.71	1.70	1.69	1.68	1.67
Demispan (cm)		82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66
Altezza (m)	Uomini (16-54 anni)	1.75	1.73	1.72	1.71	1.69	1.68	1.67	1.65	1.64	1.63	1.62	1.60	1.59	1.58	1.56	1.55	1.54
	Uomini (≥55 anni)	1.69	1.68	1.67	1.66	1.65	1.64	1.62	1.61	1.60	1.59	1.57	1.56	1.55	1.54	1.53	1.51	1.50
Demispan (cm)		82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66
Altezza (m)	Donne (16-54 anni)	1.69	1.67	1.66	1.65	1.63	1.62	1.61	1.59	1.58	1.57	1.56	1.54	1.53	1.52	1.50	1.49	1.48
	Donne (≥55 anni)	1.65	1.64	1.63	1.62	1.61	1.59	1.58	1.57	1.56	1.55	1.54	1.52	1.51	1.50	1.49	1.47	1.46

Indice di massa corporea **da circonferenza del braccio.**

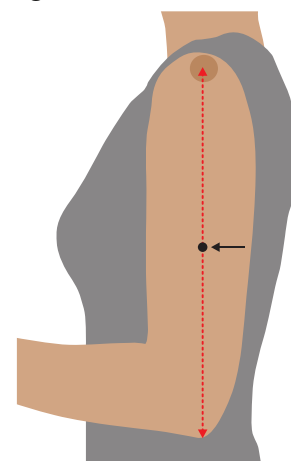
Se non è possibile rilevare peso e altezza per calcolare l'indice di massa corporea, procedere nel seguente modo:

- individuare il punto mediano (tra olecrano e acromion) del braccio dominante (Fig.1)
- misurare la circonferenza del braccio sul punto individuato (Fig.2)
- estrapolare l'indice di massa corporea e relativo punteggio servendosi delle tabelle riportate sotto

UOMO

Età	Circonferenza (cm)		
	sovrappeso IMC > 20	normopeso IMC 20-18,5	sottopeso IMC < 18,5
25-29,9	> 28,0	27,0-28,0	< 27,0
30-34,9	> 28,7	27,7-28,7	< 27,7
35-39,9	> 28,6	27,4-28,6	< 27,4
40-44,9	> 28,9	27,8-28,9	< 27,8
45-49,9	> 28,6	27,2-28,6	< 27,2
50-54,9	> 28,3	27,1-28,3	< 27,1
55-59,9	> 28,1	26,8-28,1	< 26,8
60-64,9	> 27,8	26,6-27,8	< 26,6
65-69,9	> 26,7	25,4-26,7	< 25,4
70-74,9	> 26,2	25,1-26,2	< 25,1
75-79,9	> 26,1	25,3-26,1	< 25,3
80-84,9	> 25,5	24,7-25,5	< 24,7
> 85	> 24,9	24,1-24,9	< 24,1

Fig. 1



DONNA

Età	Circonferenza (cm)		
	sovrappeso IMC > 20	normopeso IMC 20-18,5	sottopeso IMC < 18,5
25-29,9	> 24,0	23,1-24,0	< 23,1
30-34,9	> 24,7	23,8-24,7	< 23,8
35-39,9	> 25,2	24,1-25,2	< 24,1
40-44,9	> 25,4	24,3-25,4	< 24,3
45-49,9	> 25,5	24,2-25,5	< 24,2
50-54,9	> 26,0	24,8-26,0	< 24,8
55-59,9	> 26,1	24,8-26,1	< 24,8
60-64,9	> 26,1	25,0-26,1	< 25,0
65-69,9	> 25,7	24,3-25,7	< 24,3
70-74,9	> 25,3	23,8-25,3	< 23,8
75-79,9	> 24,7	23,7-24,7	< 23,7
80-84,9	> 24,0	23,1-24,0	< 23,1
> 85	> 23,4	22,4-23,4	< 22,4

Fig. 2

