Allegato B

“Versioni Val.Graf. - FVG 2010”

Nel corso della fase sperimentale, sono state raccolte e sistematizzate tutte le informazioni ritenute utili per revisionare lo strumento di VMD Val.Graf. - FVG, rendendolo sempre più chiaro nella definizione degli item, sempre più rispondente alle necessità dei valutatori di diversi contesti e nel contempo non perdendo in maneggevolezza.
Lo strumento Val.Graf. - FVG 2010 si presenta diversificato in 3 versioni, di seguito riportate, tra loro modulari:

- la versione Domiciliare Completa (allegato B.1);
- la versione Residenziale Completa (allegato B.2);
- la versione Essenziale (allegato B.3 da utilizzarsi sia nei contesti residenziali che domiciliari).

SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE LONGITUDINALE DELL'ANZIANO

VAL.GRAF. FVG 2010
Versione Domiciliare Completa

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

ANAGRAFICA

Cognome

Nome

Data di Nascita **Nato/a a** **Prov.**

Sesso ❒ Maschio ❒ Femmina **C.R.A.** **C.F.**

Residenza: **Via** **C.A.P.**

Città

Domicilio: **Via** **C.A.P.**

Indicare solo se diverso dalla Residenza **Città**

N. Telefono

Persona di riferimento **Cognome**

Nome

N. Telefono

❒ Coniuge
❒ Convivente
❒ Figlio/a
❒ Altro (specificare) _____

Medico Curante **Cognome**

Nome

Responsabilità legale
❒ Persona legalmente responsabile di sé
❒ Tutore
❒ Curatore
❒ Amministratore di sostegno

Stato civile
❒ Celibe/Nubile
❒ Coniugato/a
❒ Vedovo/a
❒ Separato/a
❒ Divorziato/a
❒ Non dichiarato

Lingua parlata
❒ Italiano
❒ Friulano
❒ Tedesco
❒ Sloveno
❒ Altro (specificare) _____

Titolo di studio
❒ Nessuno/analfabeta
❒ Elementare
❒ Medie inferiori
❒ Medie superiori
❒ Laurea

Ha invalidità civile* ❒ Sì ❒ No ❒ In attesa

Percentuale di invalidità* %

Ha indennità di accompagnamento* ❒ Sì ❒ No ❒ In attesa

Altre contribuzioni legate alla non autosufficienza ❒ Sì ❒ No ❒ In attesa

Indicatori situazione economica

L'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) è il seguente Euro

L'Indicatore della Situazione Reddituale (I.S.R.) è il seguente Euro

L'Indicatore della Situazione Patrimoniale (I.S.P.) è il seguente Euro

* Scarico da procedura SIASI 11 "Invalidità Civile"

COMMENTI

0. CONDIZIONE ABITATIVA

0.1 Abitazione

0.1.1 Vive

- ❒ Solo/a
- ❒ Coniuge/convivente
- ❒ Figlio/a
- ❒ Altri familiari/parenti
- ❒ Personale di assistenza
- ❒ Altra forma di convivenza (comunità/istituto)
- ❒ Altro (specificare)

_____

0.1.2 Proprietà

- ❒ Propria o del coniuge
- ❒ In usufrutto
- ❒ In comodato
- ❒ In affitto
- ❒ Ospite di altri
- ❒ Alloggio Ater
- ❒ Altro (specificare)

_____

0.1.3 Tipo di edificio

- ❒ Appartamento
- ❒ Villa a schiera
- ❒ Casa singola
- ❒ Altro (specificare)

_____

0.2 Valutazione condizione abitativa* ❒ Non rilevante

* La compilazione di questa parte è opzionale. Nel caso non si voglia compilarla o non si sia in possesso delle informazioni necessarie per l'implementazione, segnare la voce "non rilevante" e saltare tutti gli item relativi.

0.2.1 Valutazione ambiente esterno e spazi accessori ❒ Non rilevante

0.2.1.1 Valutazione accessibilità all'edificio ❒ Non rilevante

a) Accessibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
b) Barriere			

0.2.1.2 Valutazione spazi accessori ❒ Non rilevante

a) Accessibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
b) Fruibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
c) Barriere			

0.2.2 Valutazione ambiente interno (edificio) ❒ Non rilevante

0.2.2.1 Ingresso/corridoio ❒ Non rilevante

a) Accessibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
b) Fruibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
c) Barriere			

0.2.2.2 Cucina ❒ Non rilevante

a) Accessibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
b) Fruibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
c) Barriere			

0.2.2.3 Soggiorno ❒ Non rilevante

a) Accessibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
b) Fruibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
c) Barriere			

0.2.2.4 Camera ❒ Non rilevante

a) Accessibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
b) Fruibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
c) Barriere			

0.2.2.5 Bagno ❒ Non rilevante

a) Accessibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
c) Barriere			

0.2.2.5.1 WC

a) Fruibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
b) Barriere			

0.2.2.5.2 Lavandino

a) Fruibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
b) Barriere			

0.2.2.5.3 Vasca

a) Fruibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
b) Barriere			

0.2.2.5.4 Doccia

a) Fruibile ❒ Si, in autonomia ❒ Si, con consueta assistenza ❒ No

b) Barriere

0.2.3 Altre caratteristiche abitative

0.2.3.1 Infissi

a) Presenza ❒ Sì ❒ No

b) Adeguatezza ❒ Sì ❒ No

c) Fruibilità ❒ Si, in autonomia ❒ Si, con consueta assistenza ❒ No

0.2.3.2 Sistemi per il riscaldamento ambientale

a) Presenza ❒ Sì ❒ No

b) Adeguatezza ❒ Sì ❒ No

c) Fruibilità ❒ Si, in autonomia ❒ Si, con consueta assistenza ❒ No

0.2.3.3 Sistemi per il riscaldamento dell'acqua

a) Presenza ❒ Sì ❒ No

b) Adeguatezza ❒ Sì ❒ No

c) Fruibilità ❒ Si, in autonomia ❒ Si, con consueta assistenza ❒ No

0.2.3.4 Telefono

a) Presenza ❒ Sì ❒ No

b) Adeguatezza ❒ Sì ❒ No

c) Fruibilità ❒ Si, in autonomia ❒ Si, con consueta assistenza ❒ No

0.2.3.5 Dispositivi per apertura porte/cancelli

a) Presenza ❒ Sì ❒ No

b) Adeguatezza ❒ Sì ❒ No

c) Fruibilità ❒ Si, in autonomia ❒ Si, con consueta assistenza ❒ No

0.2.3.6 Adeguatezza igiene ambientale ❒ Sì ❒ No

COMMENTI

RETE DI AIUTI

Rete parentale, amicale, vicinato

Grado di parentela tipo di relazione[1]	Grado di prossimità[2]
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

[1] **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

[2] **CO** = Convivente, **CA** = Casa adiacente, **IV** = Immediate vicinanze, **≤ 15** = Entro 15 minuti in auto, **≤ 60** = Entro 1 ora, **> 60** = Oltre 1 ora

Servizi pubblici (usufruiti nell'ultimo mese)

Tipo	Usufruito	
1. Servizio Infermieristico Domiciliare	Sì	No
2. Servizio Riabilitativo Domiciliare	Sì	No
3. Assistenza Domiciliare Programmata	Sì	No
4. Servizi Specialistici	Sì	No
5. Assistenza Domiciliare Integrata	Sì	No
6. Servizio di Assistenza Domiciliare	Sì	No
7. Telesoccorso	Sì	No
8. Centro diurno	Sì	No
9. Residenza Sanitaria Assistenziale	Sì	No
10. Altri	Sì	No

Rete di mercato o volontariato (usufruiti nell'ultimo mese)

Tipo	Numero
1. Assistenti familiari conviventi	
2. Assistenti familiari non conviventi	
3. Infermiere	
4. Fisioterapista	
5. Altro personale qualificato a pagamento	
6. Volontari	
7. Altri	

COMMENTI

DIAGNOSI MEDICHE

*** Inserire nelle celle il livello di priorità diagnostica utilizzando i seguenti codici:**

P = diagnosi medica principale (NB: per ogni singola valutazione ci può essere solo una diagnosi principale)

A = altra diagnosi associata

						Valutazioni*					
DIAGNOSI MEDICHE	**ICDIX - CM**					**1ª**	**2ª**	**3ª**	**4ª**	**5ª**	**6ª**
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											

COMMENTI

VALUTAZIONE

Date di valutazione**

1ª	2ª	3ª
4ª	5ª	6ª

** Data di valutazione della persona: nella forma giorno/mese/anno

Periodicità della rilevazione++

Periodicità della rilevazione	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Ingresso/Apertura caso						
Rivalutazione periodica						
Eventi particolari						
Dimissione/Chiusura caso						

++ Barrare la rilevazione interessata in corrispondenza della relativa valutazione

Operatori che hanno compilato la scheda di VMD

				Valutazioni					
COGNOME	NOME	Qualifica professionale	Firma/sigla	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª

COMMENTI

Sezione 1 - ATTIVITÀ QUOTIDIANE

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

1 1 Mon ***ALIMENTAZIONE***

1 1 1 Mangiare - Autonomia nel mangiare

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

1 1 2 Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Nessun problema particolare.
B. Inappetente, ha problemi di perdita dell'appetito, ma senza marcate conseguenze sul peso.
C. Qualche volta mangia in modo insolito (ad es. troppo velocemente o solo dolci o solo un particolare cibo).
D. Lo stesso di C, ma la maggior parte dei giorni.
E. Si rifiuta di alimentarsi.

1 1 3 Masticare (con dentiera se la porta)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Senza particolari problemi (con o senza dentiera).
B. Cibi duri con fatica.
C. Solo cibi molli.
D. Non si alimenta per bocca.

1 1 4 Dentiera

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Non ce l'ha e non ne ha bisogno.
B. Ce l'ha e la usa bene.
C. Ce l'ha e non la usa bene.
D. Non ce l'ha, ma ne avrebbe bisogno.

1 1 5 Sala da pranzo

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

A. Sì, ci va da solo.
B. Ci va accompagnato.
C. Non ci va.

1 2 Mon ***LAVARSI***

1 2 1 Bagno o doccia

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

1 3 Mon ***CONTROLLO SFINTERICO VESCICALE***

1 3 1 Continenza vescicale *(in assenza di eventuale catetere, urostomia o condom)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						
F						

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

1 4 Mon ***TRATTARE I PROBLEMI DI ELIMINAZIONE VESCICALE (NELLE ULTIME DUE SETTIMANE)***

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
1 4 1	**Catetere a dimora, condom o urostomia di cui si occupa da solo o ha bisogno di qualcuno che gli ricordi spesso di urinare**	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
1 4 2	**Catetere a dimora, condom o urostomia per cui ha bisogno di aiuto quotidiano**	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
1 4 3	**Uso del pannolone/pannolino**	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si

				1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
1	4	7	**Accompagnamento a orari prestabiliti in bagno**	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si

1 5 Mon *CONTROLLO FUNZIONALITA' INTESTINALE*

1 5 1 Alvo/continenza intestinale

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Nessun problema.
B. Incontinenza occasionale o stomia di cui si può occupare da solo o irregolarità dell'alvo.
C. Incontinenza occasionale e non sa pulirsi da solo.
D. Incontinenza fecale più frequente o bisogno di aiuto per stomia.
E. Incontinenza abituale (sempre o la maggior parte dei giorni).

1 6 Mon *TRATTARE I PROBLEMI DI ELIMINAZIONE FECALE (NELLE ULTIME DUE SETTIMANE)*

				1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
1	6	1	**Uso del pannolone/pannolino**	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
1	6	2	**Stomia**	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
1	6	3	**Clistere periodico, svuotamento dell'alvo**	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
1	6	4	**Stimolazione topica (es.: supposta di glicerina, microclismi, clisteri ipertonici, ecc.)**	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
1	6	8	**Accompagnamento a orari prestabiliti in bagno**	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si

1 7 Mon *USARE DISPOSITIVI PER L'ELIMINAZIONE*

1 7 1 Autonomia nell'uso dei dispositivi per l'eliminazione *(come la persona usa wc, comoda, padella e pappagallo, come si siede e si alza dal wc, come si pulisce, cambia il pannolone, maneggia dispositivi speciali - stomia o catetere - si sistema i vestiti)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

1 7 2 Aiuto fornito nell'uso dei dispositivi per l'eliminazione *(considerare il maggior aiuto fornito)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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

				1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
1	7	3	**Usa comoda o vaso**	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
1	7	4	**Usa pappagallo o padella**	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si

1 8 Mon *VESTIRSI*

1 8 1 Vestire

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

1 8 2 Autonomo per calze

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

A. È autonomo.
B. È autonomo con accorgimenti o ausili (tiranti ecc.).
C. Ha bisogno di aiuto.

1 8 3 Autonomo per bottoni

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

A. È autonomo.
B. È autonomo con accorgimenti o ausili.
C. Ha bisogno di aiuto.

1	8	4

Autonomo per scarpe

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

A. È autonomo.
B. È autonomo con accorgimenti o ausili (velcro, scarpe senza lacci ecc.).
C. Ha bisogno di aiuto.

1	8	5

Autonomo per cerniere

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

A. È autonomo.
B. È autonomo con accorgimenti o ausili.
C. Ha bisogno di aiuto.

1	9	Mon	***CURA DELL'ASPETTO***

1	9	1

Cura dell'aspetto *(lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, farsi la barba, truccarsi, soffiarsi il naso)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

COMMENTI

Sezione 2 - COMUNICAZIONE

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

2 1 Mon ***VEDERE***

2 1 1 Vista con o senza lenti

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Vede abbastanza bene (con o senza occhiali)
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.
C. Ha una visione molto limitata ma segue ancora gli oggetti con gli occhi.
D. È cieco o vede solo le luci, i colori.

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
2 1 2 Occhiali o lenti a contatto	No	No	No	No	No	No
	Si	Si	Si	Si	Si	Si

2 2 Mon ***UDIRE***

2 2 1 Udito con o senza apparecchio acustico

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Sente le normali conversazioni, la TV, il telefono.
B. Ha qualche difficoltà in ambiente non silenzioso.
C. Sente quello che gli si dice direttamente solo a condizione di parlare ad alta voce o ha bisono di qualcuno che gli applichi l'apparecchio acustico.
D. Ha un udito molto compromesso.

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
2 2 2 Apparecchio acustico	No	No	No	No	No	No
	Si	Si	Si	Si	Si	Si
2 2 3 È capace di leggere le labbra o comprendere il linguaggio dei gesti	No	No	No	No	No	No
	Si	Si	Si	Si	Si	Si

2 3 Mon ***ESPRIMERSI CON IL LINGUAGGIO VOCALE O NON VOCALE***

2 3 1 Capacità di comunicare

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
2 3 2 È capace di usare il linguaggio dei gesti	No	No	No	No	No	No
	Si	Si	Si	Si	Si	Si

2 4 Mon ***USARE IL TELEFONO***

2 4 1 Uso del TELEFONO: come vengono eseguite e ricevute le telefonate *(qualora lo avesse sul comodino, considerare se lo saprebbe usare)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Indipendente; usa il telefono di propria iniziativa, stacca il microfono e compone il numero.
B. Qualche aiuto; è attivo, ma riceve aiuto in qualche occasione; ad es.: compone solo numeri ben conosciuti.
C. Assistenza intensiva; riceve aiuto in tutte le occasioni, ma collabora.
D. Totalmente dipendente.

2 5 Mon ***LEGGERE/SCRIVERE (FINALIZZATO ALLA COMUNICAZIONE)***

2 5 1 Può scrivere (non considerare la firma)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

A. Scrive senza difficoltà.
B. Scrive con difficoltà.
C. Non può scrivere.

2 5 2 Può leggere (con o senza occhiali)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

A. Legge normalmente caratteri di stampa normali.
B. Legge con difficoltà (ad es. lente) o molto lentamente o solo caratteri grandi.
C. Non può leggere per problemi di vista e di analfabetismo.

COMMENTI

_____

_____

_____

_____

_____

Sezione 3 - MOBILITÀ

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

3 1 Mon FARE LE SCALE

3 1 1 Scale

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

3 2 Mon CAMMINARE

3 2 1 Cammino

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

3 3 Mon TRASFERIMENTI

3 3 1 Autonomia nei trasferimenti *(dal/al letto carrozzina, letto poltrona/sedia, in piedi)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						
F						

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

3 3 2 Aiuto fornito nei trasferimenti *(dal/al letto carrozzina, letto poltrona/sedia, in piedi) - considerare il maggior aiuto fornito*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

3 4 Mon MOBILITÀ A LETTO

3 4 1 Autonomia nella mobilità a letto

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Indipendente: è autonomo, 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.

3 4 2 Aiuto fornito nella mobilità a letto *(considerare il maggior aiuto fornito)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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

3 4 3 Uso di ausili a letto per la mobilità

1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
No	No	No	No	No	No
Si	Si	Si	Si	Si	Si

3	5	Mon	USARE GLI AUSILI/PRESIDI

3	5	1

Sedia a rotelle

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

3	5	2

Necessità di ausili *(per la mobilità)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

3	5	3

Tipi di ausili *(barrare la casella corrispondente all'ausilio principale utilizzato)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
C						
B						
T						
D						

C. Corrimano.
B. Bastone/canadese.
T. Tripode.
D. Deambulatore.

3	6	Mon	USARE PROTESI PER GLI ARTI

3	6	1

Protesi degli arti

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Non ne porta.
B. La mette bene da solo.
C. Ha bisogno che qualcuno verifichi che sia messa bene.
D. Deve essere messa da altri.

COMMENTI

Sezione 4 - ATTIVITÀ STRUMENTALI

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

4 1 Mon ASSUMERE FARMACI

4 1 1 Gestione dei farmaci - assumere la posologia corretta *(considerare se è in grado di prenderli anche se non sono prescritti)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Indipendente.
B. Riceve aiuto in qualche occasione o necessita che gli venga ricordata l'assunzione di farmaci.
C. Assistenza intensiva; riceve aiuto in tutte le occasioni. Prende i farmaci come prescritto solo se sono preparati in anticipo in modo ordinato.
D. Totalmente dipendente.

4 2 Mon USARE I MEZZI DI TRASPORTO

4 2 1 Uso dei mezzi di trasporto

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Indipendente, si sposta da solo con i mezzi pubblici e/o usa la propria auto senza particolari problemi.
B. Qualche aiuto; riceve aiuto in qualche occasione (ad es.: si sposta solo in taxi).
C. Assistenza intensiva; riceve aiuto in tutte le occasioni, ma collabora (ad es.: deve essere accompagnato per utilizzare un mezzo di trasporto).
D. Totalmente dipendente.

4 3 Mon ESEGUIRE LAVORI DOMESTICI

4 3 1 Lavori domestici (spolverare, fare il letto, lavare le stoviglie, spazzare)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Indipendente; fa tutti i lavori senza particolari difficoltà.
B. Qualche aiuto; svolge i lavori, ma riceve aiuto in qualche occasione.
C. Assistenza intensiva; ha bisogno di essere stimolato ed aiutato per mantenere pulizia ed ordine accettabili, in tutte le occasioni, ma collabora.
D. Totalmente dipendente da altri.

4 3 2 Lavare i vestiti e stirare

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Indipendente.
B. Qualche aiuto; ha bisogno di stimolo e controllo in qualche occasione.
C. Assistenza intensiva; riceve aiuto in tutte le occasioni, ma collabora.
D. Totalmente dipendente.

4 4 Mon GESTIRE IL DENARO

4 4 1 Gestione del denaro

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Indipendente; si occupa da solo delle sue finanze senza difficoltà.
B. Qualche aiuto; ha bisogno di guida e/o di sorveglianza in qualche occasione (ad es.: per alcune operazioni, banca, acquisti importanti).
C. Assistenza intensiva; la persona è coinvolta, riceve aiuto in tutte le occasioni, ma collabora.
D. Totalmente dipendente da altri anche per le piccole spese personali.

4 5 Mon FARE COMPERE

4 5 1 Fare compere

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Indipendente; progetta ed esegue da solo 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.

4 6 Mon CUCINARE PASTI CALDI

4 6 1 Cucinare pasti caldi

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Indipendente; prepara pasti completi 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.

COMMENTI

_____

_____

_____

_____

_____

Sezione 5 - ASPETTI COGNITIVI

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

5 1 Mon RISPONDERE A BREVE TEST DI MEMORIA E ORIENTAMENTO

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
5 1 1	Sa il giorno della settimana	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
5 1 2	Sa la stagione	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
5 1 3	Sa dove si trova	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
5 1 4	Sa fare semplici calcoli (20 - 3; 50 - 15)	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si

5 1 5 Ricorda parole dette 5 minuti prima (ad es. casa, pane, gatto)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

A. Sempre, tutte e tre.
B. Non tutte, o tutte e tre qualche volta sì, qualche volta no.
C. Nessuna mai.

5 2 Mon MEMORIZZARE A MEDIO TERMINE

5 2 1 Memoria a medio termine

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Nessun problema particolare.
B. Dimentica fatti recenti (nomi, appuntamenti) più delle persone della stessa età, ma questo non causa fondamentali problemi nella vita quotidiana.
C. Dimentica spesso cose importanti nella vita quotidiana (di aver preso o no i farmaci, di aver mangiato, di aver ricevuto visite, ecc.) e ha bisogno di assistenza.
D. La memoria a medio termine è completamente compromessa.

5 3 Mon ORIENTARSI NELLO SPAZIO

5 3 1 Orientamento spaziale

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

5 4 Mon PRENDERE LE DECISIONI

5 4 1 Capacità di prendere le decisioni

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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. Imputare B, anche se la persona sembra autonoma, ma di fatto il personale/familiare prende decisioni della vita quotidiana per lui.
C. Ha bisogno di supporto, promozione, supervisione, ma prende ancora qualche decisione.
D. Totalmente dipendente e incapace di prendere delle decisioni.

5 5 Mon RICONOSCERE LE PERSONE

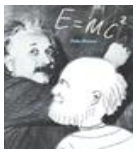
5 5 1 Riconoscimento di persone

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Riconosce con prontezza anche persone non del tutto familiari (ad 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.

5 6 Mon COMPRENDERE

5 6 1 Capacità cognitiva di comprendere



	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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 (ad es. cibo, sorriso, carezze).
D. La comprensione è completamente compromessa.

COMMENTI

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Sezione 6 - APETTI PSICOLOGICI E COMPORTAMENTALI

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

6 1 Mon — INDICATORI DI DEPRESSIONE, ANSIA, UMORE TRISTE - ESPRESSIONI DI MALESSERE

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" (nell'ultimo mese)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 1 2 La persona è persistentemente arrabbiata con sé o con gli altri o si irrita per niente (nell'ultimo mese)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 1 3 La persona esprime paure non reali - ad esempio, paura di essere abbandonata, lasciata sola, paura di stare con gli altri (nell'ultimo mese)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

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 (nell'ultimo mese)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 1 5 La persona ha manifestazioni ripetute di ansia, preoccupazione - chiede insistentemente attenzione, rassicurazione circa gli orari, i pasti, la lavanderia, i vestiti, gli aspetti relazionali, ecc. (nell'ultimo mese)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 1 6 Espressione della faccia triste, addolorata, preoccupata - ad esempio fronte accigliata (nell'ultimo mese)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 1 7 Pianto, facilità alle lacrime (nell'ultimo mese)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 2 Mon — DORMIRE

6 2 1 Disturbi del sonno (disturbi dell'inizio e del mantenimento del sonno)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Assenti.
B. Sì, fino a 2 notti a settimana.
C. Sì, da 3 a 5 notti a settimana.
D. Sì, giornalmente o quasi.

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
6 2 2	Sonno eccessivo (dorme più di 16 ore al giorno)	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si

6	3	Mon	COMPORTARSI

6 3 1 **Irrequietezza notturna e disturbo per gli altri**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Assenti.
B. Irrequietezza presente ma senza disturbo per gli altri.
C. Irrequietezza con disturbo per gli altri, 1-2 notti a settimana.
D. Irrequietezza con disturbo per gli altri, da 3 a 5 notti a settimana.
E. Sì, giornalmente o quasi.

6 3 2 **Problemi di vagabondaggio/tendenza a perdersi** (la persona vaga senza alcun motivo razionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni ed alla sicurezza)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 3 3 **Problemi di aggressività verbale** (spaventa, insulta, minaccia, grida ad altre persone)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 3 4 **Problemi di aggressività fisica**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 3 5 **Problemi di inadeguatezza sociale e atteggiamento disinibito** (emette suoni fastidiosi, urla, compie atti osceni, si spoglia in pubblico, lancia cibo/feci, rovista tra le cose altrui, compie atti di auto lesionismo)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

COMMENTI

Sezione 7 - SOCIEVOLEZZA, RAPPORTI CON I FAMILIARI, IL PERSONALE, USCITE, ATTIVITÀ RICREATIVE E UTILI - Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

7 2 Mon SOCIALIZZARE

7 2 1 Socievolezza

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. È socievole, prende l'iniziativa di contatti compatibilmente con la sua mobilità.
B. Prende raramente iniziativa, ma ha vita di relazione accettabile.
C. Ha contatti solo occasionali, ma vorrebbe più compagnia.
D. Ha contatti solo occasionali e non vuole compagnia.
E. Non ha contatti (es.: coma o demenza grave).

7 3 Mon AVERE RAPPORTI INTERPERSONALI

7 3 1 Problemi di collaborazione all'assistenza (ad es.: la persona rifiuta le medicine e aiuto nelle ADL)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Problemi assenti.
B. Problemi rari, fino a 3 giorni a settimana.
C. Problemi più frequenti, da 4 a 6 giorni a settimana.
D. Problemi quotidiani.

7 3 2 Frequenza di contatti con parenti e amici - incluse telefonate - nel periodo sotto indicato

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Ha contatti una o più volte la settimana (di persona, per lettera o per telefono).
B. Ha contatti 1-3 volte al mese.
C. Ha contatti meno di una volta al mese, ma almeno una volta l'anno.
D. Ha contatti meno di una volta l'anno o mai finora.

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
7 3 3	Relazioni personali di confidenza e di sostegno con familiare, amico	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
7 3 4	Relazioni personali di confidenza e di sostegno con operatore	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
7 3 5	Relazioni personali di confidenza e di sostegno con volontario e/o religioso	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si

7 4 Mon UTILIZZARE IL TEMPO LIBERO

7 4 1 Frequenza con cui la persona partecipa ad attività ricreative o sociali (giocare a carte o a tombola, frequentare gruppi per fare qualcosa insieme oppure giocare con i nipoti) - nel periodo sottoindicato

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Tutti i giorni o quasi.
B. Almeno 2 volte alla settimana.
C. 1-4 volte al mese.
D. Meno di una volta al mese.
E. Meno di una volta all'anno o mai finora.

7 4 2 Frequenza con cui la persona legge libri o giornali oppure guarda la televisione con interesse - nel periodo sottoindicato

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Tutti i giorni o quasi.
B. Almeno 2 volte alla settimana.
C. 1-4 volte al mese.
D. Meno di una volta al mese.
E. Meno di una volta all'anno o mai finora.

7 4 3 Frequenza con cui la persona fa qualcosa di utile (contribuire alla cura dell'orto, fare lavoretti di riparazione, fare la maglia, ecc.) - nel periodo sottoindicato

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Tutti i giorni o quasi.
B. Almeno 2 volte alla settimana.
C. 1-4 volte al mese.
D. Meno di una volta al mese.
E. Meno di una volta all'anno o mai finora.

7	5	Mon	*USCIRE*

7	5	1

Frequenza con cui la persona esce sola o accompagnata (non solo in cortile e/o in giardino) - nel periodo sottoindicato

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Più di una volta alla settimana.
B. 1-4 volte al mese.
C. Meno di una volta al mese.
D. Meno di una volta all'anno o mai finora.

7	5	2

Se esce ha bisogno di accompagnamento?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

A. No, sempre autonomo.
B. Qualche volta.
C. Sempre.

COMMENTI

Sezione 8 - PROBLEMI ASSISTENZIALI, BISOGNO DI SORVEGLIANZA

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

8 1 Mon ***MANTENERE L'INTEGRITÀ CUTANEA***

8 1 1 Ulcere cutanee dovute a qualsiasi causa (ulcera da decubito, da stasi, ischemica, diabetica ecc.)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

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

8 1 2 Ulcere cutanee dovute a qualsiasi causa (ulcera da decubito, da stasi, ischemica, diabetica ecc.), all'interno delle caselle A, B, C, D riportare il numero di ulcere in corrispondenza dello stato indicato nella descrizione

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
8 1 3	**Ulcera da decubito - se presenti, riportare il grado più alto (utilizzando la seguente scala: 0 = nessuna; grado 1,2,3,4 se presenti) raggiunto dall'ulcera/e**						

8 2 Mon ***ALTRI PROBLEMI DELLA PELLE***

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
8 2 1	**Ustioni di II e III grado** (con vescicole, bolle, escara, necrosi, ecc.)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 2 2	**Lesioni aperte diverse da ulcere** (ad es. tagli, lesioni cancerose)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 2 3	**Ferite chirurgiche non cicatrizzate**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8 3 Mon ***TRATTAMENTI DELLA PELLE - Segnalare tutte le attività svolte - indipendentemente dalla presenza/assenza delle lesioni, qualsiasi sia la causa.***

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
8 3 1	**Uso di sedie/letti con presidi antidecubito**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 3 2	**Cambiamenti regolari di posizione o altre manovre antidecubito**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 3 3	**Terapie nutrizionali o idratanti per gestire i problemi della cute**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 3 4	**Medicazione dell'ulcera** (qualunque intervento per il trattamento di uno stadio d'ulcera; escludere medicazioni ai piedi)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 3 5	**Medicazione della ferita chirurgica** (qualunque intervento per il trattamento e la protezione della ferita)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 3 6	**Altre medicazioni (con o senza applicazioni di farmaci)** (escludere medicazioni ai piedi)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 3 7	**Applicazione di creme/ pomate/ unguenti** (escludere cerotti transdermici e applicazioni ai piedi)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8 4 Mon **PROBLEMI E TRATTAMENTI DEL PIEDE nell'ultimo mese**

8 4 1 Cura dei piedi (taglio delle unghie, calli, geloni, ecc.)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Autonomo.
B. Bisogno di aiuto solo per accorciamento unghie.
C. Bisogno di aiuto anche per calli, ecc.
D. Bisogno di prestazioni specialistiche (fisiatra, chirurgo, podologo, ecc).

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
8 4 2	**Infezioni – ad es. drenaggi purulenti**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 4 3	**Lesione aperta (tagli, ulcere, fessure)**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 4 4	**Medicazioni con o senza applicazione di farmaci topici** (ad es.: garze asciutte, bendaggi, fasciature con idrogel, idrocolloidi o particelle idroattive)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8 5 Mon ALTRI PROBLEMI ASSISTENZIALI

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
8 5 1	**Instabilità di equilibrio/pericolo di cadute**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 5 2	**Ulcere vascolari arti inferiori**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 5 3	**Segni di disidratazione** (lingua e labbra screpolate, pelle secca, beve meno di 3 bicchieri al giorno, fluidi eliminati maggiori di quelli assunti, ecc.)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 5 4	**Gengive infiammate e/o sanguinanti, denti mobili o cariati**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 5 5	**Uso di tranquillanti o neurolettici**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8 5 6 Dolore - intensità

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
8 5 7	**Dolore - Frequenza: se è presente, il dolore è quotidiano?**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8 5 8 Dolore - Farmaci antidolorifici

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. No.
B. Semplici analgesici o antinfiammatori (ad es.: FANS, paracetamolo).
C. Oppiacei minori.
D. Oppiacei maggiori.

8 6 Mon ESSERE INDIPENDENTE DA ASSISTENZA CONTINUATIVA

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
8 6 1	**Possibilità di lasciarlo/a da solo/a di notte**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8 6 2 Possibilità di lasciarlo/a da solo/a durante il giorno (non considerare la consumazione dei pasti)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Si tutto il giorno.
B. Si mezza giornata.
C. Si alcune ore.
D. No, praticamente mai.

8 7 Mon ESSERE CLINICAMENTE STABILI - la valutazione degli item fa riferimento agli ULTIMI 60 GIORNI

8 7 1 Scala di stabilità/instabilità clinica (preferibilmente a cura del medico)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						
F						

A. Stabile: senza nessun particolare problema, o con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico ad intervalli > 60 giorni.
B. Moderatamente stabile: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico ad intervalli di 30-60 giorni.
C. Moderatamente instabile: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana.
D. Instabile: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico, presumibilmente una o più volte/settimana, ma non quotidiano.
E. Molto instabile: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico quotidiano.
F. Acuzie: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico pluriquotidiano.

8 7 2 Applicazione di prescrizioni diagnostiche semplici (a cura dell'infermiere)

(es. pressione arteriosa, frequenza cardiaca, respiratoria, temperatura corporea, scala del dolore)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						
F						

A. Nessuna.
B. Occasionale.
C. Almeno una volta al mese.
D. Una o più volte alla settimana, ma non quotidiana.
E. Quotidiana.
F. Pluriquotidiana.

8	7	3

Applicazione di prescrizioni diagnostiche specialistiche (a cura dell'infermiere)
(es. saturimetria, emogas analisi, spirometria)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						
F						

A. Nessuna.
B. Occasionale**.**
C. Almeno una volta al mese**.**
D. Una o più volte alla settimana, ma non quotidiana**.**
E. Quotidiana.
F. Pluriquotidiana.

COMMENTI

Sezione 9 - SINTOMI/SEGNI/STATI MORBOSI PARTICOLARI ED INTERVENTI EFFETTUATI

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

				1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
9	1	Mon	**SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI GENERALI**						
9	1	1	Coma/stato vegetativo	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	2	Allucinazioni	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	3	Deliri	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	4	Febbre	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	5	Emorragia interna	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	6	Edema	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	7	Versamento	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	8	Diabete mellito	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	9	Emiplegia/emiparesi	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	10	Paraplegia/paraparesi	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	11	Tretraplegia/tetraparesi	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	12	Sclerosi multipla/altre malattie neurologiche demielinizzanti o Sclerosi Laterale Amiotrofica/altre malattie del motoneurone	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	13	Paralisi cerebrale infantile	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	14	Setticemia	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	15	Malattia terminale con prognosi di sei mesi o meno	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	Mon	**SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI relativi ai SISTEMI NERVOSO e OSTEOMUSCOLARE**						
9	2	1	Incapacità a mantenere la stazione eretta	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	2	Incapacità a mantenere la stazione seduta	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	3	Atassia e altri disturbi dell'andatura	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	4	Aprassia	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	5	Sindromi neurologiche da inattenzione	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	6	Ipertonia	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	7	Flaccidità	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	8	Rigidità articolare importante	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	9	Fragilità ossea	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	10	Tremore	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	11	Disartria	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si

9	2	12	Afasia	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	13	Emianopsia	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	14	Discinesia lesiva	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	15	Disturbi della sensibilità	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	3	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO /SEGNI relativi agli APPARATI CARDIO-VASCOLARE e RESPIRATORIO						
9	3	1	Dispnea	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	3	2	Tosse inefficace	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	3	3	Polmonite	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	4	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI relativi all' APPARATO URINARIO						
9	4	1	Ritenzione urinaria	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	4	2	Oliguria / Anuria	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	4	3	Infezione delle vie urinarie	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	5	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI relativi alla NUTRIZIONE						
9	5	1	Disfagia	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	5	2	Vomito ripetuto	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	5	3	Scialorrea	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	5	4	Perdita di peso (oltre il 5% nell'ultimo mese oppure il 10% negli ultimi sei mesi)	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	5	5	Cachessia	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	5	6	Obesità	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	Mon	PROCEDURE TERAPEUTICHE GENERALI						
9	6	1	Trattamento farmacologico per via intramuscolare e/o sottocutanea (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	2	Iniezione e/o infusione di sostanze terapeutiche per via endovena (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	3	Iniezione e/o infusione di sostanze terapeutiche per via peridurale	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	4	Trattamento farmacologico con insulina	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	5	Trattamento con farmaci ipoglicemizzanti orali	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	6	Trattamento con farmaci anticoagulanti	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	7	Trattamento con sostanze chemioterapiche (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	8	Trattamento con sostanze radioattive (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	9	Trasfusione di sangue e componenti ematici (nelle ultime due settimane)	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	10	Catetere venoso centrale/Port	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si

9	6	11	Numero di farmaci diversi assunti in media ogni giorno per qualunque via di somministrazione (compresi i placebo)						
9	6	13	Numero di GIORNI in cui la persona ha ricevuto iniezioni di qualunque tipo						
9	7	Mon	PROCEDURE TERAPEUTICHE relative agli APPARATI CARDIO-VASCOLARE e RESPIRATORIO						
9	7	1	Ossigeno terapia (nelle ultime 2 settimane)	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si
9	7	2	Ventilazione/respirazione forzata (nelle ultime 2 settimane)	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si
9	7	3	Aspirazione bronchiale (nelle ultime 2 settimane)	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si
9	7	4	Cura tracheostomia (nelle ultime 2 settimane)	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si
9	8	Mon	PROCEDURE TERAPEUTICHE reletive all' APPARATO URINARIO						
9	8	1	Stomia urinaria	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si
9	8	2	Catetere vescicale	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si
9	8	3	Dialisi (nelle ultime 2 settimane)	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si
9	9	Mon	PROCEDURE TERAPEUTICHE relative alla NUTRIZIONE						
9	9	1	Dieta per malattia	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si
9	9	2	Alimentazione artificiale per via parenterale	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si
9	9	3	Alimentazione artificiale per via enterale	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si
9	10	Mon	PROCEDURE RIABILITATIVE						
9	10	1	Riabilitazione della disabilità transitoria	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si
9	10	2	Riabilitazione della disabilità stabilizzata	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si
9	10	3	Riabilitazione della disabilità importante	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si
9	10	4	Attività non specialistiche	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si	No Si

COMMENTI

Sezione 10 - CARICO ASSISTENZIALE DEL FAMILIARE CHE ASSISTE MAGGIORMENTE

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

10 | 1 | Mon | STRESS DEL FAMILIARE MAGGIORMENTE COINVOLTO NELL'ASSISTENZA

10 | 1 | 1 | Stress del familiare

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
NA						

A. Non si sente stressato.
B. Si sente un po' stressato.
C. Si sente moderatamente stressato.
D. Si sente molto stressato.
NA. Non c'è nessuno che assiste.

10 | 1 | 2 | Limitazioni nella vita sociale, nelle attività del tempo libero e nell'attività lavorativa del familiare

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
NA						

A. Ha meno di 1-2 difficoltà o rinuncie alla settimana.
B. Ha difficoltà o rinuncie più spesso, ma non nella maggior parte del tempo.
C. Per la maggior parte del tempo non riesce a fare quello che farebbe se non dovesse assistere.
D. Le limitazioni sono costanti; chi assiste non ha mai tempo per sè.
NA. Non c'è nessuno che assiste.

10 | 1 | 3 | Emozioni negative vissute dal familiare (tristezza, frustrazione, preoccupazione, angoscia)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
NA						

A. Non le prova mai o quasi mai.
B. Le ha qualche volta.
C. Le ha per la maggior parte del tempo.
D. Le ha costantemente.
NA. Non c'è nessuno che assiste.

10 | 2 | Mon | VALUTAZIONE DELLO STRESS DEL FAMILIARE MAGGIORMENTE COINVOLTO NELL'ASSISTENZA*

* La compilazione di questa sezione è opzionale. Nel caso non si voglia compilarla o non si sia in possesso delle informazioni necessarie per l'implementazione segnare la voce "Non rilevante" e saltare tutti gli item relativi.

❒ Non rilevante

10 | 2 | 1 | Pensa mai di non riuscire più a fronteggiare la situazione?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Mai.
B. Di rado.
C. A volte.
D. Frequentemente.
E. Sempre.

10 | 2 | 2 | Pensa mai di aver bisogno di una pausa?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Mai.
B. Di rado.
C. A volte.
D. Frequentemente.
E. Sempre.

10 | 2 | 3 | Le capita di sentirsi depresso/a dalla situazione?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Mai.
B. Di rado.
C. A volte.
D. Frequentemente.
E. Sempre.

10 | 2 | 4 | La sua salute ne ha in qualche modo sofferto?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Assolutamente no.
B. Un po'.
C. Moderatamente.
D. Molto.

10	2	5

E' preoccupato/a che possano succedere degli incidenti alla persona che assiste?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Assolutamente no.
B. Un po'.
C. Moderatamente.
D. Molto.
E. Moltissimo.

10	2	6

Pensa mai che il problema non abbia via d'uscita?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Mai.
B. Di rado.
C. A volte.
D. Frequentemente.
E. Sempre.

10	2	7

Ha difficoltà ad andare via per le vacanze?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Assolutamente no.
B. Un po'.
C. Moderatamente.
D. Molto.
E. Moltissimo.

10	2	8

In che misura si è modificata la sua vita sociale?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Per nulla.
B. Un po'.
C. Moderatamente.
D. Molto.
E. Moltissimo.

10	2	9

In che misura è stato turbato il suo menage familiare?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Per nulla.
B. Un po'.
C. Moderatamente.
D. Molto.
E. Moltissimo.

10	2	10

Il suo sonno viene interrotto dalla persona che assiste?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Mai.
B. Di rado.
C. A volte.
D. Frequentemente.
E. Sempre.

10	2	11

Si è abbassato il suo tenore di vita?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Assolutamente no.
B. Un po'.
C. Moderatamente.
D. Molto.
E. Moltissimo.

10	2	12

Si sente mai imbarazzato/a dalla persona che assiste?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Mai.
B. Di rado.
C. A volte.
D. Frequentemente.
E. Sempre.

10	2	13

E' nell'assoluta impossibilità di ricevere visite?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Mai.
B. Di rado.
C. A volte.
D. Frequentemente.
E. Sempre.

10	2	14

Le accade mai di essere contrariato/a o di arrabbiarsi con la persona che assiste?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Mai.
B. Di rado.
C. A volte.
D. Frequentemente.
E. Sempre.

10	2	15

Le capita di sentirsi frustrato/a a causa della persona che assiste?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Mai.
B. Di rado.
C. A volte.
D. Frequentemente.
E. Sempre.

COMMENTI

SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE LONGITUDINALE DELL'ANZIANO

VAL.GRAF. FVG 2010
Versione Residenziale Completa

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

ANAGRAFICA

Cognome

Nome

Data di Nascita **Nato/a a** **Prov.**

Sesso ❒ Maschio ❒ Femmina **C.R.A.** **C.F.**

Residenza: **Via** **C.A.P.**

Città

Domicilio: **Via** **C.A.P.**

Indicare solo se diverso dalla Residenza **Città**

N. Telefono

Persona di riferimento **Cognome**

Nome

N. Telefono

❒ Coniuge
❒ Convivente
❒ Figlio/a
❒ Altro (specificare) _____

Medico Curante **Cognome**

Nome

Responsabilità legale
❒ Persona legalmente responsabile di sé
❒ Tutore
❒ Curatore
❒ Amministratore di sostegno

Stato civile
❒ Celibe/Nubile
❒ Coniugato/a
❒ Vedovo/a
❒ Separato/a
❒ Divorziato/a
❒ Non dichiarato

Lingua parlata
❒ Italiano
❒ Friulano
❒ Tedesco
❒ Sloveno
❒ Altro (specificare) _____

Titolo di studio
❒ Nessuno/analfabeta
❒ Elementare
❒ Medie inferiori
❒ Medie superiori
❒ Laurea

Ha invalidità civile* ❒ Sì ❒ No ❒ In attesa

Percentuale di invalidità* **%**

Ha indennità di accompagnamento* ❒ Sì ❒ No ❒ In attesa

Altre contribuzioni legate alla non autosufficienza ❒ Sì ❒ No ❒ In attesa

Indicatori situazione economica

L'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) è il seguente Euro

L'Indicatore della Situazione Reddituale (I.S.R.) è il seguente Euro

L'Indicatore della Situazione Patrimoniale (I.S.P.) è il seguente Euro

Informazioni sulla capacità di copertura dell'assistenza
❒ Sufficiente per la retta
❒ Insufficiente per la retta (integrazione da parte del comune)

* Scarico da procedura SIASI 11 "Invalidità Civile"

COMMENTI

_____

_____

_____

_____

0. CONDIZIONE ABITATIVA (precedente all'istituzionalizzazione)

0.1 Abitazione

0.1.1 Vive

- ❒ Solo/a
- ❒ Coniuge/convivente
- ❒ Figlio/a
- ❒ Altri familiari/parenti
- ❒ Personale di assistenza
- ❒ Altra forma di convivenza (comunità/istituto)
- ❒ Altro (specificare) _____

0.1.2 Proprietà

- ❒ Propria o del coniuge
- ❒ In usufrutto
- ❒ In comodato
- ❒ In affitto
- ❒ Ospite di altri
- ❒ Alloggio Ater
- ❒ Altro (specificare) _____

DIAGNOSI MEDICHE

*** Inserire nelle celle il livello di priorità diagnostica utilizzando i seguenti codici:**
P = diagnosi medica principale (NB: per ogni singola valutazione ci può essere solo una diagnosi principale)
A = altra diagnosi associata

						Valutazioni*					
DIAGNOSI MEDICHE	**ICDIX - CM**					**1ª**	**2ª**	**3ª**	**4ª**	**5ª**	**6ª**
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											

COMMENTI

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

VALUTAZIONE

Valutazione della richiesta da parte dell'unità valutativa ❒ Sì ❒ No

Date di valutazione**

1ª		**2ª**		**3ª**	
4ª		**5ª**		**6ª**	

** Data di valutazione della persona: nella forma giorno/mese/anno

Periodicità della rilevazione++

Periodicità della rilevazione++	**1ª**	**2ª**	**3ª**	**4ª**	**5ª**	**6ª**
Ingresso/Apertura caso						
Rivalutazione periodica						
Eventi particolari						
Dimissione/Chiusura caso						

++ Barrare la rilevazione interessata in corrispondenza della relativa valutazione

Operatori che hanno compilato la scheda di VMD

				Valutazioni					
COGNOME	**NOME**	**Qualifica professionale**	**Firma/sigla**	**1ª**	**2ª**	**3ª**	**4ª**	**5ª**	**6ª**

COMMENTI

Sezione 1 - ATTIVITÀ QUOTIDIANE

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

1 1 Mon *ALIMENTAZIONE*

1 1 1 Mangiare - Autonomia nel mangiare

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

1 1 2 Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Nessun problema particolare.
B. Inappetente, ha problemi di perdita dell'appetito, ma senza marcate conseguenze sul peso.
C. Qualche volta mangia in modo insolito (ad es. troppo velocemente o solo dolci o solo un particolare cibo).
D. Lo stesso di C, ma la maggior parte dei giorni.
E. Si rifiuta di alimentarsi.

1 1 3 Masticare (con dentiera se la porta)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Senza particolari problemi (con o senza dentiera).
B. Cibi duri con fatica.
C. Solo cibi molli.
D. Non si alimenta per bocca.

1 1 4 Dentiera

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Non ce l'ha e non ne ha bisogno.
B. Ce l'ha e la usa bene.
C. Ce l'ha e non la usa bene.
D. Non ce l'ha, ma ne avrebbe bisogno.

1 1 5 Sala da pranzo

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

A. Sì, ci va da solo.
B. Ci va accompagnato.
C. Non ci va.

1 2 Mon *LAVARSI*

1 2 1 Bagno o doccia

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

1 3 Mon *CONTROLLO SFINTERICO VESCICALE*

1 3 1 Continenza vescicale *(in assenza di eventuale catetere, urostomia o condom)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						
F						

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

1 4 Mon *TRATTARE I PROBLEMI DI ELIMINAZIONE VESCICALE (NELLE ULTIME DUE SETTIMANE)*

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
1 4 1	Catetere a dimora, condom o urostomia di cui si occupa da solo o ha bisogno di qualcuno che gli ricordi spesso di urinare	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
1 4 2	Catetere a dimora, condom o urostomia per cui ha bisogno di aiuto quotidiano	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
1 4 3	Uso del pannolone/pannolino	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si

1 4 4	Accompagnamento a orari prestabiliti in bagno, e in questo caso l'incontinenza non si manifesta	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
1 4 5	Accompagnamento a orari prestabiliti in bagno, ma in parte l'incontinenza si manifesta	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
1 4 6	Incontinenza trattata con programma regolare di rieducazione della vescica	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si

1 5 Mon *CONTROLLO FUNZIONALITA' INTESTINALE*

1 5 1 Alvo/continenza intestinale

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Nessun problema.
B. Incontinenza occasionale o stomia di cui si può occupare da solo o irregolarità dell'alvo.
C. Incontinenza occasionale e non sa pulirsi da solo.
D. Incontinenza fecale più frequente o bisogno di aiuto per stomia.
E. Incontinenza abituale (sempre o la maggior parte dei giorni).

1 6 Mon *TRATTARE I PROBLEMI DI ELIMINAZIONE FECALE (NELLE ULTIME DUE SETTIMANE)*

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
1 6 1	Uso del pannolone/pannolino	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
1 6 2	Stomia	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
1 6 3	Clistere periodico, svuotamento dell'alvo	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
1 6 4	Stimolazione topica (es.: supposta di glicerina, microclismi, clisteri ipertonici, ecc.)	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
1 6 5	Accompagnamento a orari prestabiliti in bagno, e in questo caso l'incontinenza non si manifesta	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
1 6 6	Accompagnamento a orari prestabiliti in bagno, ma in parte l'incontinenza si manifesta	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
1 6 7	Incontinenza trattata con programma regolare di rieducazione	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si

1 7 Mon *USARE DISPOSITIVI PER L'ELIMINAZIONE*

1 7 1 Autonomia nell'uso dei dispositivi per l'eliminazione *(come la persona usa wc, comoda, padella e pappagallo, come si siede e si alza dal wc, come si pulisce, cambia il pannolone, maneggia dispositivi speciali - stomia o catetere - si sistema i vestiti)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

1 7 2 Aiuto fornito nell'uso dei dispositivi per l'eliminazione *(considerare il maggior aiuto fornito)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
1 7 3	Usa comoda o vaso	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
1 7 4	Usa pappagallo o padella	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si

1 8 Mon *VESTIRSI*

1 8 1 Vestire

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

1	8	2

Autonomo per calze

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

A. È autonomo.
B. È autonomo con accorgimenti o ausili (tiranti ecc.).
C. Ha bisogno di aiuto.

1	8	3

Autonomo per bottoni

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

A. È autonomo.
B. È autonomo con accorgimenti o ausili.
C. Ha bisogno di aiuto.

1	8	4

Autonomo per scarpe

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

A. È autonomo.
B. È autonomo con accorgimenti o ausili (velcro, scarpe senza lacci ecc.).
C. Ha bisogno di aiuto.

1	8	5

Autonomo per cerniere

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

A. È autonomo.
B. È autonomo con accorgimenti o ausili.
C. Ha bisogno di aiuto.

1	9	Mon	***CURA DELL'ASPETTO***

1	9	1

Cura dell'aspetto *(lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, farsi la barba, truccarsi, soffiarsi il naso)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

COMMENTI

Sezione 2 - COMUNICAZIONE

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

2 1 Mon ***VEDERE***

2 1 1 Vista con o senza lenti

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Vede abbastanza bene (con o senza occhiali)
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.
C. Ha una visione molto limitata ma segue ancora gli oggetti con gli occhi.
D. È cieco o vede solo le luci, i colori.

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
2 1 2	**Occhiali o lenti a contatto**	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si

2 2 Mon ***UDIRE***

2 2 1 Udito con o senza apparecchio acustico

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Sente le normali conversazioni, la TV, il telefono.
B. Ha qualche difficoltà in ambiente non silenzioso.
C. Sente quello che gli si dice direttamente solo a condizione di parlare ad alta voce o ha bisono di qualcuno che gli applichi l'apparecchio acustico.
D. Ha un udito molto compromesso.

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
2 2 2	**Apparecchio acustico**	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
2 2 3	**È capace di leggere le labbra o comprendere il linguaggio dei gesti**	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si

2 3 Mon ***ESPRIMERSI CON IL LINGUAGGIO VOCALE O NON VOCALE***

2 3 1 Capacità di comunicare

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
2 3 2	**È capace di usare il linguaggio dei gesti**	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si

2 4 Mon ***USARE IL TELEFONO***

2 4 1 Uso del TELEFONO: come vengono eseguite e ricevute le telefonate *(qualora lo avesse sul comodino, considerare se lo saprebbe usare)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Indipendente; usa il telefono di propria iniziativa, stacca il microfono e compone il numero.
B. Qualche aiuto; è attivo, ma riceve aiuto in qualche occasione; ad es.: compone solo numeri ben conosciuti.
C. Assistenza intensiva; riceve aiuto in tutte le occasioni, ma collabora.
D. Totalmente dipendente.

2 5 Mon ***LEGGERE/SCRIVERE (FINALIZZATO ALLA COMUNICAZIONE)***

2 5 1 Può scrivere (non considerare la firma)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

A. Scrive senza difficoltà.
B. Scrive con difficoltà.
C. Non può scrivere.

2 5 2 Può leggere (con o senza occhiali)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

A. Legge normalmente caratteri di stampa normali.
B. Legge con difficoltà (ad es. lente) o molto lentamente o solo caratteri grandi.
C. Non può leggere per problemi di vista e di analfabetismo.

COMMENTI

_____

_____

_____

_____

Sezione 3 - MOBILITÀ

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

3 1 Mon FARE LE SCALE

3 1 1 Scale

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

3 2 Mon CAMMINARE

3 2 1 Cammino

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

3 3 Mon TRASFERIMENTI

3 3 1 Autonomia nei trasferimenti *(dal/al letto carrozzina, letto poltrona/sedia, in piedi)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						
F						

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

3 3 2 Aiuto fornito nei trasferimenti *(dal/al letto carrozzina, letto poltrona/sedia, in piedi) - considerare il maggior aiuto fornito*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

3 4 Mon MOBILITÀ A LETTO

3 4 1 Autonomia nella mobilità a letto

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Indipendente: è autonomo, 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.

3 4 2 Aiuto fornito nella mobilità a letto *(considerare il maggior aiuto fornito)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
3 4 3	**Uso di ausili a letto per la mobilità**	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si

3	5	Mon	USARE GLI AUSILI/PRESIDI

3	5	1	Sedia a rotelle

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

3	5	2	**Necessità di ausili** *(per la mobilità)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

3	5	3	**Tipi di ausili** *(barrare la casella corrispondente all'ausilio principale utilizzato)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
C						
B						
T						
D						

C. Corrimano.
B. Bastone/canadese.
T. Tripode.
D. Deambulatore.

3	6	Mon	USARE PROTESI PER GLI ARTI

3	6	1	**Protesi degli arti**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Non ne porta.
B. La mette bene da solo.
C. Ha bisogno che qualcuno verifichi che sia messa bene.
D. Deve essere messa da altri.

COMMENTI

Sezione 4 - ATTIVITÀ STRUMENTALI

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

4	1	Mon	ASSUMERE FARMACI

4	1	1	**Gestione dei farmaci - assumere la posologia corretta** *(considerare se è in grado di prenderli anche se non sono prescritti)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Indipendente.
B. Riceve aiuto in qualche occasione o necessita che gli venga ricordata l'assunzione di farmaci.
C. Assistenza intensiva; riceve aiuto in tutte le occasioni. Prende i farmaci come prescritto solo se sono preparati in anticipo in modo ordinato.
D. Totalmente dipendente.

4	4	Mon	GESTIRE IL DENARO

4	4	1	**Gestione del denaro**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Indipendente; si occupa da solo delle sue finanze senza difficoltà.
B. Qualche aiuto; ha bisogno di guida e/o di sorveglianza in qualche occasione (ad es.: per alcune operazioni, banca, acquisi importanti).
C. Assistenza intensiva; la persona è coinvolta, riceve aiuto in tutte le occasioni, ma collabora.
D. Totalmente dipendente da altri anche per le piccole spese personali.

COMMENTI

Sezione 5 - ASPETTI COGNITIVI

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

5 1 Mon — RISPONDERE A BREVE TEST DI MEMORIA E ORIENTAMENTO

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
5 1 1 Sa il giorno della settimana	No	No	No	No	No	No
	Si	Si	Si	Si	Si	Si
5 1 2 Sa la stagione	No	No	No	No	No	No
	Si	Si	Si	Si	Si	Si
5 1 3 Sa dove si trova	No	No	No	No	No	No
	Si	Si	Si	Si	Si	Si
5 1 4 Sa fare semplici calcoli (20 - 3; 50 - 15)	No	No	No	No	No	No
	Si	Si	Si	Si	Si	Si

5 1 5 Ricorda parole dette 5 minuti prima (ad es. casa, pane, gatto)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

A. Sempre, tutte e tre.
B. Non tutte, o tutte e tre qualche volta sì, qualche volta no.
C. Nessuna mai.

5 2 Mon — MEMORIZZARE A MEDIO TERMINE

5 2 1 Memoria a medio termine

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Nessun problema particolare.
B. Dimentica fatti recenti (nomi, appuntamenti) più delle persone della stessa età, ma questo non causa fondamentali problemi nella vita quotidiana.
C. Dimentica spesso cose importanti nella vita quotidiana (di aver preso o no i farmaci, di aver mangiato, di aver ricevuto visite, ecc.) e ha bisogno di assistenza.
D. La memoria a medio termine è completamente compromessa.

5 3 Mon — ORIENTARSI NELLO SPAZIO

5 3 1 Orientamento spaziale

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

5 4 Mon — PRENDERE LE DECISIONI

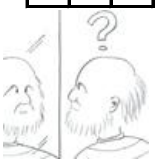
5 4 1 Capacità di prendere le decisioni

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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. Imputare B, anche se la persona sembra autonoma, ma di fatto il personale/familiare prende decisioni della vita quotidiana per lui.
C. Ha bisogno di supporto, promozione, supervisione, ma prende ancora qualche decisione.
D. Totalmente dipendente e incapace di prendere delle decisioni.

5 5 Mon — RICONOSCERE LE PERSONE

5 5 1 Riconoscimento di persone

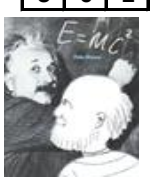


	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Riconosce con prontezza anche persone non del tutto familiari (ad 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.

5 6 Mon — COMPRENDERE

5 6 1 Capacità cognitiva di comprendere



	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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 (ad es. cibo, sorriso, carezze).
D. La comprensione è completamente compromessa.

COMMENTI

_____

_____

_____

Sezione 6 - APETTI PSICOLOGICI E COMPORTAMENTALI

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

6 | 1 | Mon — INDICATORI DI DEPRESSIONE, ANSIA, UMORE TRISTE - ESPRESSIONI DI MALESSERE

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" (nell'ultimo mese)**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 | 1 | 2 **La persona è persistentemente arrabbiata con sé o con gli altri o si irrita per niente (nell'ultimo mese)**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 | 1 | 3 **La persona esprime paure non reali - ad esempio, paura di essere abbandonata, lasciata sola, paura di stare con gli altri (nell'ultimo mese)**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

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 (nell'ultimo mese)**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 | 1 | 5 **La persona ha manifestazioni ripetute di ansia, preoccupazione - chiede insistentemente attenzione, rassicurazione circa gli orari, i pasti, la lavanderia, i vestiti, gli aspetti relazionali, ecc. (nell'ultimo mese)**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 | 1 | 6 **Espressione della faccia triste, addolorata, preoccupata - ad esempio fronte accigliata (nell'ultimo mese)**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 | 1 | 7 **Pianto, facilità alle lacrime (nell'ultimo mese)**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 | 2 | Mon — DORMIRE

6 | 2 | 1 **Disturbi del sonno (disturbi dell'inizio e del mantenimento del sonno)**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Assenti.
B. Sì, fino a 2 notti a settimana.
C. Sì, da 3 a 5 notti a settimana.
D. Sì, giornalmente o quasi.

				1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
6	2	2	Sonno eccessivo (dorme più di 16 ore al giorno)	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si

6 3 Mon COMPORTARSI

6 3 1 Irrequietezza notturna e disturbo per gli altri

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Assenti.
B. Irrequietezza presente ma senza disturbo per gli altri.
C. Irrequietezza con disturbo per gli altri, 1-2 notti a settimana.
D. Irrequietezza con disturbo per gli altri, da 3 a 5 notti a settimana.
E. Sì, giornalmente o quasi.

6 3 2 Problemi di vagabondaggio/tendenza a perdersi (la persona vaga senza alcun motivo razionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni ed alla sicurezza)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 3 3 Problemi di aggressività verbale (spaventa, insulta, minaccia, grida ad altre persone)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 3 4 Problemi di aggressività fisica

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 3 5 Problemi di inadeguatezza sociale e atteggiamento disinibito (emette suoni fastidiosi, urla, compie atti osceni, si spoglia in pubblico, lancia cibo/feci, rovista tra le cose altrui, compie atti di auto lesionismo)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

COMMENTI

Sezione 7 - SOCIEVOLEZZA, RAPPORTI CON I FAMILIARI, IL PERSONALE, USCITE, ATTIVITÀ RICREATIVE E UTILI - Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

7	1	Mon	ASSISTENZA DA PARTE DI FIGURE DI SUPPORTO INFORMALE

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
7 1 1	Aiuto per le cure personali da parte di familiari o amici	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
7 1 2	Aiuto per le cure personali da parte di volontari	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
7 1 3	Aiuto per le cure personali da parte di badanti/persone esterne retribuite	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
7 1 4	Aiuto ai pasti (compresa nutrizione artificiale) da parte di familiari o amici	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
7 1 5	Aiuto ai pasti (compresa nutrizione artificiale) da parte di volontari	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
7 1 6	Aiuto ai pasti (compresa nutrizione artificiale) da parte di badanti/persone esterne retribuite	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
7 1 7	Accompagnamento all'esterno da parte di familiari o amici	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
7 1 8	Accompagnamento all'esterno da parte di volontari	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
7 1 9	Accompagnamento all'esterno da parte di badanti/persone esterne retribuite	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si

7	2	Mon	SOCIALIZZARE

7 2 1 Socievolezza

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. È socievole, prende l'iniziativa di contatti compatibilmente con la sua mobilità.
B. Prende raramente iniziativa, ma ha vita di relazione accettabile.
C. Ha contatti solo occasionali, ma vorrebbe più compagnia.
D. Ha contatti solo occasionali e non vuole compagnia.
E. Non ha contatti (es.: coma o demenza grave).

7	3	Mon	AVERE RAPPORTI INTERPERSONALI

7 3 1 Problemi di collaborazione all'assistenza (ad es.: la persona rifiuta le medicine e aiuto nelle ADL)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

7 3 2 Frequenza di contatti con parenti e amici - incluse telefonate - nel periodo sotto indicato

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Ha contatti una o più volte la settimana (di persona, per lettera o per telefono).
B. Ha contatti 1-3 volte al mese.
C. Ha contatti meno di una volta al mese, ma almeno una volta l'anno.
D. Ha contatti meno di una volta l'anno o mai finora.

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
7 3 3	Relazioni personali di confidenza e di sostegno con familiare, amico	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
7 3 4	Relazioni personali di confidenza e di sostegno con operatore	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
7 3 5	Relazioni personali di confidenza e di sostegno con volontario e/o religioso	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si

7	4	Mon	UTILIZZARE IL TEMPO LIBERO

7 4 1 **Frequenza con cui la persona partecipa ad attività ricreative o sociali** (giocare a carte o a tombola, frequentare gruppi per fare qualcosa insieme oppure giocare con i nipoti) - nel periodo sottoindicato

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Tutti i giorni o quasi.
B. Almeno 2 volte alla settimana.
C. 1-4 volte al mese.
D. Meno di una volta al mese.
E. Meno di una volta all'anno o mai finora.

7 4 2 **Frequenza con cui la persona legge libri o giornali oppure guarda la televisione con interesse** - nel periodo sottoindicato

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Tutti i giorni o quasi.
B. Almeno 2 volte alla settimana.
C. 1-4 volte al mese.
D. Meno di una volta al mese.
E. Meno di una volta all'anno o mai finora.

7 4 3 **Frequenza con cui la persona fa qualcosa di utile** (contribuire alla cura dell'orto, fare lavoretti di riparazione, fare la maglia, ecc.) - nel periodo sottoindicato

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Tutti i giorni o quasi.
B. Almeno 2 volte alla settimana.
C. 1-4 volte al mese.
D. Meno di una volta al mese.
E. Meno di una volta all'anno o mai finora.

7	5	Mon	*USCIRE*

7 5 1 **Frequenza con cui la persona esce sola o accompagnata** (non solo in cortile e/o in giardino) - nel periodo sottoindicato

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Più di una volta alla settimana.
B. 1-4 volte al mese.
C. Meno di una volta al mese.
D. Meno di una volta all'anno o mai finora.

7 5 2 **Se esce ha bisogno di accompagnamento?**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

A. No, sempre autonomo.
B. Qualche volta.
C. Sempre.

COMMENTI

Sezione 8 - PROBLEMI ASSISTENZIALI, BISOGNO DI SORVEGLIANZA

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

8 1 Mon ***MANTENERE L'INTEGRITÀ CUTANEA***

8 1 1 **Ulcere cutanee dovute a qualsiasi causa (ulcera da decubito, da stasi, ischemica, diabetica ecc.)**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

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

8 1 2 **Ulcere cutanee dovute a qualsiasi causa (ulcera da decubito, da stasi, ischemica, diabetica ecc.), all'interno delle caselle A, B, C, D riportare il numero di ulcere in corrispondenza dello stato indicato nella descrizione**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
8 1 3	**Ulcera da decubito - se presenti, riportare il grado più alto (utilizzando la seguente scala: 0 = nessuna; grado 1,2,3,4 se presenti) raggiunto dall'ulcera/e**						

8 2 Mon ***ALTRI PROBLEMI DELLA PELLE***

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
8 2 1	**Ustioni di II e III grado** (con vescicole, bolle, escara, necrosi, ecc.)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 2 2	**Lesioni aperte diverse da ulcere** (ad es. tagli, lesioni cancerose)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 2 3	**Ferite chirurgiche non cicatrizzate**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8 3 Mon ***TRATTAMENTI DELLA PELLE - Segnalare tutte le attività svolte - indipendentemente dalla presenza/assenza delle lesioni, qualsiasi sia la causa.***

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
8 3 1	**Uso di sedie/letti con presidi antidecubito**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 3 2	**Cambiamenti regolari di posizione o altre manovre antidecubito**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 3 3	**Terapie nutrizionali o idratanti per gestire i problemi della cute**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 3 4	**Medicazione dell'ulcera** (qualunque intervento per il trattamento di uno stadio d'ulcera; escludere medicazioni ai piedi)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 3 5	**Medicazione della ferita chirurgica** (qualunque intervento per il trattamento e la protezione della ferita)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 3 6	**Altre medicazioni (con o senza applicazioni di farmaci)** (escludere medicazioni ai piedi)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 3 7	**Applicazione di creme/pomate/unguenti** (escludere cerotti transdermici e medicazioni ai piedi)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8 4 Mon **PROBLEMI E TRATTAMENTI DEL PIEDE nell'ultimo mese**

8 4 1 **Cura dei piedi (taglio delle unghie, calli, geloni, ecc.) nell'ultimo mese**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Autonomo.
B. Bisogno di aiuto solo per accorciamento unghie.
C. Bisogno di aiuto anche per calli, ecc.
D. Bisogno di prestazioni specialistiche (fisiatra, chirurgo, podologo, ecc).

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
8 4 2	**Infezioni – ad es. drenaggi purulenti**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 4 3	**Lesione aperta (tagli, ulcere, fessure)**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8 4 4	**Medicazioni con o senza applicazione di farmaci topici** (ad es.: garze asciutte, bendaggi, fasciature con idrogel, idrocolloidi o particelle idroattive)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8 5 Mon ALTRI PROBLEMI ASSISTENZIALI

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
8 5 1	**Instabilità di equilibrio/pericolo di cadute**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 5 2	**Ulcere vascolari arti inferiori**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 5 3	**Segni di disidratazione** (lingua e labbra screpolate, pelle secca, beve meno di 3 bicchieri al giorno, fluidi eliminati maggiori di quelli assunti, ecc.)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 5 4	**Gengive infiammate e/o sanguinanti, denti mobili o cariati**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 5 5	**Uso di tranquillanti o neurolettici**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8 5 6 Dolore - intensità

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
8 5 7	**Dolore - Frequenza: se è presente, il dolore è quotidiano?**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8 5 8 Farmaci antidolorifici

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. No.
B. Semplici analgesici o antinfiammatori (ad es.: FANS, paracetamolo).
C. Oppiacei minori.
D. Oppiacei maggiori.

8 6 1	**Possibilità di lasciarlo/a da solo/a di notte**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8 6 2 Possibilità di lasciarlo/a da solo/a durante il giorno (non considerare la consumazione dei pasti)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Si tutto il giorno.
B. Si mezza giornata.
C. Si alcune ore.
D. No, praticamente mai.

8 7 Mon ESSERE CLINICAMENTE STABILI - la valutazione degli item fa riferimento agli ULTIMI 60 GIORNI

8 7 1 Scala di stabilità/instabilità clinica (preferibilmente a cura del medico)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						
F						

A. Stabile: senza nessun particolare problema, o con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico ad intervalli > 60 giorni.
B. Moderatamente stabile: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico ad intervalli di 30-60 giorni.
C. Moderatamente instabile: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana.
D. Instabile: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico, presumibilmente una o più volte/settimana, ma non quotidiano.
E. Molto instabile: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico quotidiano.
F. Acuzie: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico pluriquotidiano.

8 7 2 Applicazione di prescrizioni diagnostiche semplici (a cura dell'infermiere)

(monitoraggio parametri vitali sempilici, es. frequenza cardiaca, respiratoria, temperatura corporea)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						
F						

A. Nessuna.
B. Occasionale.
C. Almeno una volta al mese.
D. Una o più volte alla settimana, ma non quotidiana.
E. Quotidiana.
F. Pluriquotidiana.

8	7	3

Applicazione di prescrizioni diagnostiche specialistiche (a cura dell'infermiere)

(es. saturimetria, emogas analisi, spirometria)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						
F						

A. Nessuna.
B. Occasionale**.**
C. Almeno una volta al mese**.**
D. Una o più volte alla settimana, ma non quotidiana**.**
E. Quotidiana.
F. Pluriquotidiana.

COMMENTI

Sezione 9 - SINTOMI/SEGNI/STATI MORBOSI PARTICOLARI ED INTERVENTI EFFETTUATI

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

				1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
9	1	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI GENERALI						
9	1	1	Coma/stato vegetativo	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	2	Allucinazioni	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	3	Deliri	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	4	Febbre	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	5	Emorragia interna	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	6	Edema	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	7	Versamento	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	8	Diabete mellito	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	9	Emiplegia/emiparesi	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	10	Paraplegia/paraparesi	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	11	Tretraplegia/tetraparesi	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	12	Sclerosi multipla/altre malattie neurologiche demielinizzanti o Sclerosi Laterale Amiotrofica/altre malattie del motoneurone	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	13	Paralisi cerebrale infantile	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	14	Setticemia	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	15	Malattia terminale con prognosi di sei mesi o meno	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI relativi ai SISTEMI NERVOSO e OSTEOMUSCOLARE						
9	2	1	Incapacità a mantenere la stazione eretta	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	2	Incapacità a mantenere la stazione seduta	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	3	Atassia e altri disturbi dell'andatura	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	4	Aprassia	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	5	Sindromi neurologiche da inattenzione	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	6	Ipertonia	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	7	Flaccidità	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	8	Rigidità articolare importante	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	9	Fragilità ossea	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	10	Tremore	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si

9	2	11	Disartria	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	12	Afasia	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	13	Emianopsia	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	14	Discinesia lesiva	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	15	Disturbi della sensibilità	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	3	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO /SEGNI relativi agli APPARATI CARDIO-VASCOLARE e RESPIRATORIO						
9	3	1	Dispnea	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	3	2	Tosse inefficace	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	3	3	Polmonite	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	4	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI relativi all' APPARATO URINARIO						
9	4	1	Ritenzione urinaria	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	4	2	Oliguria / Anuria	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	4	3	Infezione delle vie urinarie	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	5	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI relativi alla NUTRIZIONE						
9	5	1	Disfagia	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	5	2	Vomito ripetuto	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	5	3	Scialorrea	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	5	4	Perdita di peso (oltre il 5% nell'ultimo mese oppure il 10% negli ultimi sei mesi)	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	5	5	Cachessia	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	5	6	Obesità	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	Mon	PROCEDURE TERAPEUTICHE GENERALI						
9	6	1	Trattamento farmacologico per via intramuscolare e/o sottocutanea (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	2	Iniezione e/o infusione di sostanze terapeutiche per via endovena (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	3	Iniezione e/o infusione di sostanze terapeutiche per via peridurale	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	4	Trattamento farmacologico con insulina	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	5	Trattamento con farmaci ipoglicemizzanti orali	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	6	Trattamento con farmaci anticoagulanti	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	7	Trattamento con sostanze chemioterapiche (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	8	Trattamento con sostanze radioattive (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si

9 6 9	Trasfusione di sangue e componenti ematici (nelle ultime due settimane)	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 6 10	Catetere venoso centrale/Port	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 6 11	Numero di farmaci diversi assunti in media ogni giorno per qualunque via di somministrazione (compresi i placebo)						
9 6 12	Indicare il numero di placebo diversi assunti in media ogni giorno per qualunque via di somministrazione						
9 6 13	Numero di GIORNI in cui la persona ha ricevuto iniezioni di qualunque tipo						
9 6 14	Numero di GIORNI in cui il medico ha cambiato la prescrizione (nelle ultime 2 settimane)						
9 6 15	Numero di GIORNI in cui la persona ha ricevuto visite mediche (nelle ultime 2 settimane)						
9 7 Mon	PROCEDURE TERAPEUTICHE relative agli APPARATI CARDIO-VASCOLARE e RESPIRATORIO						
9 7 1	Ossigeno terapia (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 7 2	Ventilazione/respirazione forzata (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 7 3	Aspirazione bronchiale (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 7 4	Cura tracheostomia (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 8 Mon	PROCEDURE TERAPEUTICHE reletive all' APPARATO URINARIO						
9 8 1	Stomia urinaria	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 8 2	Catetere vescicale	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 8 3	Dialisi (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 9 Mon	PROCEDURE TERAPEUTICHE relative alla NUTRIZIONE						
9 9 1	Dieta per malattia	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 9 2	Alimentazione artificiale per via parenterale	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 9 3	Alimentazione artificiale per via enterale	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 10 Mon	PROCEDURE RIABILITATIVE						

	Segna il numero di giorni ed il totale dei minuti in cui una delle seguenti terapie è stata praticata per almeno 15 minuti al giorno (segna "0" se la terapia non è stata praricata o lo è stata per meno di 15 minuti al giorno)		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
9 10 5	Fisioterapia individuale specialistica	Giorni						
		Minuti sett.						
9 10 6	Fisioterapia di gruppo specialistica (indicare il numero di minuti secondo la seguente modalità: minuti totali di fisioterapia di gruppo - erogati all'utente nell'ultima settimana - diviso il numero di componenti del gruppo)	Giorni						
		Minuti sett.						
9 10 7	Fisioterapia respiratoria	Giorni						
		Minuti sett.						
9 10 8	Logoterapia specialistica	Giorni						
		Minuti sett.						
9 10 9	Altre forme di riabilitazione specialistica (ad es. terapia occupazionale)	Giorni						
		Minuti sett.						
9 11 Mon	ASSISTENZA RIABILITATIVA/REINTEGRATIVA (prestata da infermieri, ADEST, OTA)							
	Segna il numero di giorni ed il totale dei minuti in cui una delle seguenti terapie è stata praticata per almeno 15 minuti al giorno (segna "0" se la terapia non è stata praricata o lo è stata per meno di 15 minuti al giorno)		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
9 11 1	Addestramento per cura di sé, vestirsi	Giorni						
		Minuti sett.						

9	11	2	Addestramento per mangiare	Giorni						
				Minuti sett.						
9	11	3	Addestramento per trasferirsi dal letto o poltrona	Giorni						
				Minuti sett.						
9	11	4	Deambulazione assistita non specialistica / addestramento per camminare	Giorni						
				Minuti sett.						
9	11	5	Insegnamento della cura di qualsiasi protesi	Giorni						
				Minuti sett.						
9	11	6	Miglioramento uso di tutori e busti	Giorni						
				Minuti sett.						
9	11	7	Mobilizzazione attiva/passiva non specialistica	Giorni						
				Minuti sett.						
9	11	8	Addestramento per la mobilità a letto	Giorni						
				Minuti sett.						
9	11	9	Comunicare	Giorni						
				Minuti sett.						

COMMENTI

SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE LONGITUDINALE DELL'ANZIANO

VAL.GRAF. FVG 2010
Versione Essenziale

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

ANAGRAFICA

Cognome

Nome

Data di Nascita **Nato/a a** **Prov.**

Sesso ❒ Maschio ❒ Femmina **C.R.A.** **C.F.**

Residenza: **Via** **C.A.P.**

Città

Domicilio: **Via** **C.A.P.**

Indicare solo se diverso dalla Residenza **Città**

N. Telefono

Persona di riferimento **Cognome**

Nome

N. Telefono

❒ Coniuge
❒ Convivente
❒ Figlio/a
❒ Altro (specificare) _____

Medico Curante **Cognome**

Nome

Tipo di valutazione ❒ Domiciliare ❒ Residenziale

Responsabilità legale
❒ Persona legalmente responsabile di sé
❒ Tutore
❒ Curatore
❒ Amministratore di sostegno

Ha invalidità civile* ❒ Sì ❒ No ❒ In attesa

Percentuale di invalidità* **%**

Ha indennità di accompagnamento* ❒ Sì ❒ No ❒ In attesa

Altre contribuzioni legate alla non autosufficienza ❒ Sì ❒ No ❒ In attesa

* Scarico da procedura SIASI 11 "Invalidità Civile"

COMMENTI

0. CONDIZIONE ABITATIVA

0.1 Abitazione

0.1.1 Vive

- ❒ Solo/a
- ❒ Coniuge/convivente
- ❒ Figlio/a
- ❒ Altri familiari/parenti
- ❒ Personale di assistenza
- ❒ Altra forma di convivenza (comunità/istituto)
- ❒ Altro (specificare)

_____

0.1.2 Proprietà

- ❒ Propria o del coniuge
- ❒ In usufrutto
- ❒ In comodato
- ❒ In affitto
- ❒ Ospite di altri
- ❒ Alloggio Ater
- ❒ Altro (specificare)

_____

0.1.3 Tipo di edificio

- ❒ Appartamento
- ❒ Villa a schiera
- ❒ Casa singola
- ❒ Altro (specificare)

_____

0.2 Valutazione condizione abitativa* ❒ Non rilevante

* La compilazione di questa parte è opzionale. Nel caso non si voglia compilarla o non si sia in possesso delle informazioni necessarie per l'implementazione, segnare la voce "non rilevante" e saltare tutti gli item relativi.

0.2.1 Valutazione ambiente esterno e spazi accessori ❒ Non rilevante

0.2.1.1 Valutazione accessibilità all'edificio ❒ Non rilevante

a) Accessibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
b) Barriere			

0.2.1.2 Valutazione spazi accessori ❒ Non rilevante

a) Accessibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
b) Fruibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
c) Barriere			

0.2.2 Valutazione ambiente interno (edificio) ❒ Non rilevante

0.2.2.1 Ingresso/corridoio ❒ Non rilevante

a) Accessibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
b) Fruibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
c) Barriere			

0.2.2.2 Cucina ❒ Non rilevante

a) Accessibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
b) Fruibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
c) Barriere			

0.2.2.3 Soggiorno ❒ Non rilevante

a) Accessibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
b) Fruibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
c) Barriere			

0.2.2.4 Camera ❒ Non rilevante

a) Accessibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
b) Fruibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
c) Barriere			

0.2.2.5 Bagno ❒ Non rilevante

a) Accessibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
c) Barriere			

0.2.2.5.1 WC

a) Fruibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
b) Barriere			

0.2.2.5.2 Lavandino

a) Fruibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
b) Barriere			

0.2.2.5.3 Vasca

a) Fruibile	❒ Si, in autonomia	❒ Si, con consueta assistenza	❒ No
b) Barriere			

0.2.2.5.4 Doccia

a) Fruibile ❒ Si, in autonomia ❒ Si, con consueta assistenza ❒ No

b) Barriere

0.2.3 Altre caratteristiche abitative

0.2.3.1 Infissi

a) Presenza ❒ Sì ❒ No

b) Adeguatezza ❒ Sì ❒ No

c) Fruibilità ❒ Si, in autonomia ❒ Si, con consueta assistenza ❒ No

0.2.3.2 Sistemi per il riscaldamento ambientale

a) Presenza ❒ Sì ❒ No

b) Adeguatezza ❒ Sì ❒ No

c) Fruibilità ❒ Si, in autonomia ❒ Si, con consueta assistenza ❒ No

0.2.3.3 Sistemi per il riscaldamento dell'acqua

a) Presenza ❒ Sì ❒ No

b) Adeguatezza ❒ Sì ❒ No

c) Fruibilità ❒ Si, in autonomia ❒ Si, con consueta assistenza ❒ No

0.2.3.4 Telefono

a) Presenza ❒ Sì ❒ No

b) Adeguatezza ❒ Sì ❒ No

c) Fruibilità ❒ Si, in autonomia ❒ Si, con consueta assistenza ❒ No

0.2.3.5 Dispositivi per apertura porte/cancelli

a) Presenza ❒ Sì ❒ No

b) Adeguatezza ❒ Sì ❒ No

c) Fruibilità ❒ Si, in autonomia ❒ Si, con consueta assistenza ❒ No

0.2.3.6 Adeguatezza igiene ambientale ❒ Sì ❒ No

COMMENTI

RETE DI AIUTI

0.3 Valutazione della rete di aiuti*

❒ Non rilevante

* La compilazione di questa parte è opzionale. Nel caso non si voglia compilarla o non si sia in possesso delle informazioni necessarie per l'implementazione, segnare la voce "non rilevante" e saltare tutti gli item relativi.

0.3.1 Rete parentale, amicale, vicinato

Grado di parentela tipo di relazione[1]	Grado di prossimità[2]
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

[1] **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

[2] **CO** = Convivente, **CA** = Casa adiacente, **IV** = Immediate vicinanze, **≤ 15** = Entro 15 minuti in auto, **≤ 60** = Entro 1 ora, **> 60** = Oltre 1 ora

0.3.2 Servizi pubblici (usufruiti nell'ultimo mese)

Tipo	Usufruito	
1. Servizio Infermieristico Domiciliare	Sì	No
2. Servizio Riabilitativo Domiciliare	Sì	No
3. Assistenza Domiciliare Programmata	Sì	No
4. Servizi Specialistici	Sì	No
5. Assistenza Domiciliare Integrata	Sì	No
6. Servizio di Assistenza Domiciliare	Sì	No
7. Telesoccorso	Sì	No
8. Centro diurno	Sì	No
9. Residenza Sanitaria Assistenziale	Sì	No
10. Altri	Sì	No

0.3.3 Rete di mercato o volontariato (usufruiti nell'ultimo mese)

Tipo	Numero
1. Assistenti familiari conviventi	
2. Assistenti familiari non conviventi	
3. Infermiere	
4. Fisioterapista	
5. Altro personale qualificato a pagamento	
6. Volontari	
7. Altri	

COMMENTI

DIAGNOSI MEDICHE

*** Inserire nelle celle il livello di priorità diagnostica utilizzando i seguenti codici:**

P = diagnosi medica principale (NB: per ogni singola valutazione ci può essere solo una diagnosi principale)

A = altra diagnosi associata

						Valutazioni*					
DIAGNOSI MEDICHE	**ICDIX - CM**					**1ª**	**2ª**	**3ª**	**4ª**	**5ª**	**6ª**
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											

COMMENTI

VALUTAZIONE

Date di valutazione**

1ª		**2ª**		**3ª**	
4ª		**5ª**		**6ª**	

** Data di valutazione della persona: nella forma giorno/mese/anno

Periodicità della rilevazione++

Periodicità della rilevazione++	**1ª**	**2ª**	**3ª**	**4ª**	**5ª**	**6ª**
Ingresso/Apertura caso						
Rivalutazione periodica						
Eventi particolari						
Dimissione/Chiusura caso						

++ Barrare la rilevazione interessata in corrispondenza della relativa valutazione

Operatori che hanno compilato la scheda di VMD

				Valutazioni					
COGNOME	**NOME**	**Qualifica professionale**	**Firma/sigla**	**1ª**	**2ª**	**3ª**	**4ª**	**5ª**	**6ª**

COMMENTI

Sezione 1 - ATTIVITÀ QUOTIDIANE

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

1 1 Mon ***ALIMENTAZIONE***

1 1 1 Mangiare - Autonomia nel mangiare

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

1 1 2 Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Nessun problema particolare.
B. Inappetente, ha problemi di perdita dell'appetito, ma senza marcate conseguenze sul peso.
C. Qualche volta mangia in modo insolito (ad es. troppo velocemente o solo dolci o solo un particolare cibo).
D. Lo stesso di C, ma la maggior parte dei giorni.
E. Si rifiuta di alimentarsi.

1 2 Mon ***LAVARSI***

1 2 1 Bagno o doccia

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

1 3 Mon ***CONTROLLO SFINTERICO VESCICALE***

1 3 1 Continenza vescicale *(in assenza di eventuale catetere, urostomia o condom)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						
F						

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

1 4 Mon ***TRATTARE I PROBLEMI DI ELIMINAZIONE VESCICALE (NELLE ULTIME DUE SETTIMANE)***

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
1 4 4	**Accompagnamento a orari prestabiliti in bagno, e in questo caso l'incontinenza non si manifesta**	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
1 4 5	**Accompagnamento a orari prestabiliti in bagno, ma in parte l'incontinenza si manifesta**	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
1 4 6	**Incontinenza trattata con programma regolare di rieducazione della vescica**	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si

1 5 Mon ***CONTROLLO FUNZIONALITA' INTESTINALE***

1 5 1 Alvo/continenza intestinale

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Nessun problema.
B. Incontinenza occasionale o stomia di cui si può occupare da solo o irregolarità dell'alvo.
C. Incontinenza occasionale e non sa pulirsi da solo.
D. Incontinenza fecale più frequente o bisogno di aiuto per stomia.
E. Incontinenza abituale (sempre o la maggior parte dei giorni).

1 6 Mon ***TRATTARE I PROBLEMI DI ELIMINAZIONE FECALE (NELLE ULTIME DUE SETTIMANE)***

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
1 6 5	**Accompagnamento a orari prestabiliti in bagno, e in questo caso l'incontinenza non si manifesta**	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
1 6 6	**Accompagnamento a orari prestabiliti in bagno, ma in parte l'incontinenza si manifesta**	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
1 6 7	**Incontinenza trattata con programma regolare di rieducazione**	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si

1	7	Mon	*USARE DISPOSITIVI PER L'ELIMINAZIONE*

1	7	1

Autonomia nell'uso dei dispositivi per l'eliminazione *(come la persona usa wc, comoda, padella e pappagallo, come si siede e si alza dal wc, come si pulisce, cambia il pannolone, maneggia dispositivi speciali - stomia o catetere - si sistema i vestiti)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

1	7	2

Aiuto fornito nell'uso dei dispositivi per l'eliminazione *(considerare il maggior aiuto fornito)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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

1	8	Mon	*VESTIRSI*

1	8	1

Vestire

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

1	9	Mon	*CURA DELL'ASPETTO*

1	9	1

Cura dell'aspetto *(lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, farsi la barba, truccarsi, soffiarsi il naso)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

COMMENTI

Sezione 2 - COMUNICAZIONE

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

2	3	Mon	*ESPRIMERSI CON IL LINGUAGGIO VOCALE O NON VOCALE*

2	3	1	**Capacità di comunicare**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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

2	4	Mon	*USARE IL TELEFONO*

2	4	1	**Uso del TELEFONO: come vengono eseguite e ricevute le telefonate** *(qualora lo avesse sul comodino, considerare se lo saprebbe usare)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Indipendente; usa il telefono di propria iniziativa, stacca il microfono e compone il numero.
B. Qualche aiuto; è attivo, ma riceve aiuto in qualche occasione; ad es.: compone solo numeri ben conosciuti.
C. Assistenza intensiva; riceve aiuto in tutte le occasioni, ma collabora.
D. Totalmente dipendente.

COMMENTI

Sezione 3 - MOBILITÀ

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

3 1 Mon FARE LE SCALE

3 1 1 Scale

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

3 2 Mon CAMMINARE

3 2 1 Cammino

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

3 3 Mon TRASFERIMENTI

3 3 1 Autonomia nei trasferimenti *(dal/al letto carrozzina, letto poltrona/sedia, in piedi)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						
F						

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

3 3 2 Aiuto fornito nei trasferimenti *(dal/al letto carrozzina, letto poltrona/sedia, in piedi) - considerare il maggior aiuto fornito*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

3 4 Mon MOBILITÀ A LETTO

3 4 1 Autonomia nella mobilità a letto

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Indipendente: è autonomo, 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.

3 4 2 Aiuto fornito nella mobilità a letto *(considerare il maggior aiuto fornito)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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

3	5	Mon	USARE GLI AUSILI/PRESIDI

3	5	1	Sedia a rotelle

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

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

COMMENTI

Sezione 4 - ATTIVITÀ STRUMENTALI

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

*** La compilazione delle sottosezioni contrassegnate da un asterisco è <u>da effettuarsi per la sola valutazione di tipo domiciliare</u>.**

4	1	Mon	ASSUMERE FARMACI

4	1	1

Gestione dei farmaci - assumere la posologia corretta *(considerare se è in grado di prenderli anche se non sono prescritti)*

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Indipendente.
B. Riceve aiuto in qualche occasione o necessita che gli venga ricordata l'assunzione di farmaci.
C. Assistenza intensiva; riceve aiuto in tutte le occasioni. Prende i farmaci come prescritto solo se sono preparati in anticipo in modo ordinato.
D. Totalmente dipendente.

4	2	Mon	USARE I MEZZI DI TRASPORTO*

4	2	1

Uso dei mezzi di trasporto

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Indipendente, si sposta da solo con i mezzi pubblici e/o usa la propria auto senza particolari problemi.
B. Qualche aiuto; riceve aiuto in qualche occasione (ad es.: si sposta solo in taxi).
C. Assistenza intensiva; riceve aiuto in tutte le occasioni, ma collabora (ad es.: deve essere accompagnato per utilizzare un mezzo di trasporto).
D. Totalmente dipendente.

4	3	Mon	ESEGUIRE LAVORI DOMESTICI*

4	3	1

Lavori domestici (spolverare, fare il letto, lavare le stoviglie, spazzare)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Indipendente; fa tutti i lavori senza particolari difficoltà.
B. Qualche aiuto; svolge i lavori, ma riceve aiuto in qualche occasione.
C. Assistenza intensiva; ha bisogno di essere stimolato ed aiutato per mantenere pulizia ed ordine accettabili, in tutte le occasioni, ma collabora.
D. Totalmente dipendente da altri.

4	4	Mon	GESTIRE IL DENARO*

4	4	1

Gestione del denaro

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Indipendente; si occupa da solo delle sue finanze senza difficoltà.
B. Qualche aiuto; ha bisogno di guida e/o di sorveglianza in qualche occasione (ad es.: per alcune operazioni, banca, acquisti importanti).
C. Assistenza intensiva; la persona è coinvolta, riceve aiuto in tutte le occasioni, ma collabora.
D. Totalmente dipendente da altri anche per le piccole spese personali.

4	5	Mon	FARE COMPERE*

4	5	1

Fare compere

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Indipendente; progetta ed esegue da solo 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.

4	6	Mon	CUCINARE PASTI CALDI*

4	6	1

Cucinare pasti caldi

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Indipendente; prepara pasti completi 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.

COMMENTI

Sezione 5 - ASPETTI COGNITIVI

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

5 1 Mon RISPONDERE A BREVE TEST DI MEMORIA E ORIENTAMENTO

5 1 5 Ricorda parole dette 5 minuti prima (ad es. casa, pane, gatto)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

A. Sempre, tutte e tre.
B. Non tutte, o tutte e tre qualche volta sì, qualche volta no.
C. Nessuna mai.

5 2 Mon MEMORIZZARE A MEDIO TERMINE

5 2 1 Memoria a "medio termine"

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Nessun problema particolare.
B. Dimentica fatti recenti (nomi, appuntamenti) più delle persone della stessa età, ma questo non causa fondamentali problemi nella vita quotidiana.
C. Dimentica spesso cose importanti nella vita quotidiana (di aver preso o no i farmaci, di aver mangiato, di aver ricevuto visite, ecc.) e ha bisogno di assistenza.
D. La memoria a medio termine è completamente compromessa.

5 3 Mon ORIENTARSI NELLO SPAZIO

5 3 1 Orientamento spaziale

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

5 4 Mon PRENDERE LE DECISIONI

5 4 1 Capacità di prendere le decisioni

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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. Imputare B, anche se la persona sembra autonoma, ma di fatto il personale/familiare prende decisioni della vita quotidiana per lui.
C. Ha bisogno di supporto, promozione, supervisione, ma prende ancora qualche decisione.
D. Totalmente dipendente e incapace di prendere delle decisioni.

5 5 Mon RICONOSCERE LE PERSONE

5 5 1 Riconoscimento di persone

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. Riconosce con prontezza anche persone non del tutto familiari (ad 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.

5 6 Mon COMPRENDERE

5 6 1 Capacità cognitiva di comprendere

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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 (ad es. cibo, sorriso, carezze).
D. La comprensione è completamente compromessa.

COMMENTI

Sezione 6 - APETTI PSICOLOGICI E COMPORTAMENTALI

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

6	1	Mon	INDICATORI DI DEPRESSIONE, ANSIA, UMORE TRISTE - ESPRESSIONI DI MALESSERE

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" (nell'ultimo mese)**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 1 2 **La persona è persistentemente arrabbiata con sé o con gli altri o si irrita per niente (nell'ultimo mese)**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 1 3 **La persona esprime paure non reali - ad esempio, paura di essere abbandonata, lasciata sola, paura di stare con gli altri (nell'ultimo mese)**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

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 (nell'ultimo mese)**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 1 5 **La persona ha manifestazioni ripetute di ansia, preoccupazione - chiede insistentemente attenzione, rassicurazione circa gli orari, i pasti, la lavanderia, i vestiti, gli aspetti relazionali, ecc. (nell'ultimo mese)**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 1 6 **Espressione della faccia triste, addolorata, preoccupata - ad esempio fronte accigliata (nell'ultimo mese)**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. No, mai.
B. Sì, fino a 2 giorni a settimana.
C. Sì, da 3 a 5 giorni a settimana.

6 1 7 **Pianto, facilità alle lacrime (nell'ultimo mese)**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6	2	Mon	DORMIRE

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
6 2 2	Sonno eccessivo (dorme più di 16 ore al giorno)	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si

6	3	Mon	COMPORTARSI

6 3 2 **Problemi di vagabondaggio/tendenza a perdersi** (la persona vaga senza alcun motivo razionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni ed alla sicurezza)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 3 3 **Problemi di aggressività verbale** (spaventa, insulta, minaccia, grida ad altre persone)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 3 4 **Problemi di aggressività fisica**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

6 3 5 **Problemi di inadeguatezza sociale e atteggiamento disinibito** (emette suoni fastidiosi, urla, compie atti osceni, si spoglia in pubblico, lancia cibo/feci, rovista tra le cose altrui, compie atti di auto lesionismo)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

COMMENTI

Sezione 7 - SOCIEVOLEZZA, RAPPORTI CON I FAMILIARI, IL PERSONALE, USCITE, ATTIVITÀ RICREATIVE E UTILI - Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA -

7	3	Mon	AVERE RAPPORTI INTERPERSONALI

7	3	1

Problemi di collaborazione all'assistenza (ad es.: la persona rifiuta le medicine e aiuto nelle ADL)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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.

COMMENTI

Sezione 8 - PROBLEMI ASSISTENZIALI, BISOGNO DI SORVEGLIANZA

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

8 1 Mon ***MANTENERE L'INTEGRITÀ CUTANEA***

8 1 1 Ulcere cutanee dovute a qualsiasi causa (ulcera da decubito, da stasi, ischemica, diabetica ecc.)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						

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

8 1 2 Ulcere cutanee dovute a qualsiasi causa (ulcera da decubito, da stasi, ischemica, diabetica ecc.), all'interno delle caselle A, B, C, D riportare il numero di ulcere in corrispondenza dello stato indicato nella descrizione

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
8 1 3	**Ulcera da decubito - se presenti, riportare il grado più alto (utilizzando la seguente scala: 0 = nessuna; grado 1,2,3,4 se presenti) raggiunto dall'ulcera/e**						

8 2 Mon ***ALTRI PROBLEMI DELLA PELLE***

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
8 2 1	**Ustioni di II e III grado** (con vescicole, bolle, escara, necrosi, ecc.)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 2 2	**Lesioni aperte diverse da ulcere** (ad es. tagli, lesioni cancerose)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 2 3	**Ferite chirurgiche non cicatrizzate**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8 3 Mon ***TRATTAMENTI DELLA PELLE - Segnalare tutte le attività svolte - indipendentemente dalla presenza/assenza delle lesioni, qualsiasi sia la causa.***

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
8 3 1	**Uso di sedie/letti con presidi antidecubito**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 3 2	**Cambiamenti regolari di posizione o altre manovre antidecubito**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 3 3	**Terapie nutrizionali o idratanti per gestire i problemi della cute**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 3 4	**Medicazione dell'ulcera** (qualunque intervento per il trattamento di uno stadio d'ulcera; escludere medicazioni ai piedi)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 3 5	**Medicazione della ferita chirurgica** (qualunque intervento per il trattamento e la protezione della ferita)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 3 6	**Altre medicazioni (con o senza applicazioni di farmaci)** (escludere medicazioni ai piedi)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 3 7	**Applicazione di creme/pomate/unguenti** (escludere cerotti transdermici e medicazioni ai piedi)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8 4 Mon **PROBLEMI E TRATTAMENTI DEL PIEDE nell'ultimo mese**

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
8 4 2	**Infezioni – ad es. drenaggi purulenti**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 4 3	**Lesione aperta (tagli, ulcere, fessure)**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
8 4 4	**Medicazioni con o senza applicazione di farmaci topici** (ad es.: garze asciutte, bendaggi, fasciature con idrogel, idrocolloidi o particelle idroattive)	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8 5 Mon **ALTRI PROBLEMI ASSISTENZIALI**

		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
8 5 1	**Instabilità di equilibrio/pericolo di cadute**	No	No	No	No	No	No
		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8	5	3	**Segni di disidratazione** (lingua e labbra screpolate, pelle secca, beve meno di 3 bicchieri al giorno, fluidi eliminati maggiori di quelli assunti, ecc.)	No	No	No	No	No	No
				Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8 5 6 Dolore - intensità

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

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

				1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
8	5	7	**Dolore - Frequenza: se è presente, il dolore è quotidiano?**	No	No	No	No	No	No
				Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8 5 8 Farmaci antidolorifici

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						

A. No.
B. Semplici analgesici o antinfiammatori (ad es.: FANS, paracetamolo).
C. Oppiacei minori.
D. Oppiacei maggiori.

8 7 Mon ESSERE CLINICAMENTE STABILI - la valutazione de*gli item fa riferimento agli* ULTIMI 60 GIORNI

8 7 1 Scala di stabilità/instabilità clinica (preferibilmente a cura del medico)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						
F						

A. Stabile: senza nessun particolare problema, o con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico ad intervalli > 60 giorni.
B. Moderatamente stabile: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico ad intervalli di 30-60 giorni.
C. Moderatamente instabile: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana.
D. Instabile: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico, presumibilmente una o più volte/settimana, ma non quotidiano.
E. Molto instabile: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico quotidiano.
F. Acuzie: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico pluriquotidiano.

8 7 2 Frequenza di applicazione di prescrizioni diagnostiche "sempilici" (a cura dell'infermiere)

(monitoraggio parametri vitali sempilici, es. frequenza cardiaca, respiratoria, temperatura corporea)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						
F						

A. Nessuna.
B. Occasionale**.**
C. Almeno una volta al mese**.**
D. Una o più volte alla settimana, ma non quotidiana**.**
E. Quotidiana.
F. Pluriquotidiana.

8 7 3 Frequenza di applicazione di prescrizioni diagnostiche "specialistiche" (a cura dell'infermiere)

(es. saturimetria, emogas analisi, spirometria)

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						
F						

A. Nessuna.
B. Occasionale**.**
C. Almeno una volta al mese**.**
D. Una o più volte alla settimana, ma non quotidiana**.**
E. Quotidiana.
F. Pluriquotidiana.

COMMENTI

Sezione 9 - SINTOMI/SEGNI/STATI MORBOSI PARTICOLARI ED INTERVENTI EFFETTUATI

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

				1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
9	1	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI GENERALI						
9	1	1	Coma/stato vegetativo	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	2	Allucinazioni	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	3	Deliri	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	4	Febbre	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	5	Emorragia interna	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	8	Diabete mellito	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	9	Emiplegia/emiparesi	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	10	Paraplegia/paraparesi	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	11	Tretraplegia/tetraparesi	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	12	Sclerosi multipla/altre malattie neurologiche demielinizzanti o Sclerosi Laterale Amiotrofica/altre malattie del motoneurone	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	13	Paralisi cerebrale infantile	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	14	Setticemia	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	15	Malattia terminale con prognosi di sei mesi o meno	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	2	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI relativi ai SISTEMI NERVOSO e OSTEOMUSCOLARE						
9	2	12	Afasia	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	3	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO /SEGNI relativi agli APPARATI CARDIO-VASCOLARE e RESPIRATORIO						
9	3	2	Tosse inefficace	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	3	3	Polmonite	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	4	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI relativi all' APPARATO URINARIO						
9	4	3	Infezione delle vie urinarie	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	5	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI relativi alla NUTRIZIONE						
9	5	2	Vomito ripetuto	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	5	4	Perdita di peso (oltre il 5% nell'ultimo mese oppure il 10% negli ultimi sei mesi)	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	Mon	PROCEDURE TERAPEUTICHE GENERALI						
9	6	2	Iniezione e/o infusione di sostanze terapeutiche per via endovena (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	3	Iniezione e/o infusione di sostanze terapeutiche per via peridurale	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	7	Trattamento con sostanze chemioterapiche (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	6	8	Trattamento con sostanze radioattive (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si

9 6 9	Trasfusione di sangue e componenti ematici (nelle ultime due settimane)	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 6 10	Catetere venoso centrale/Port	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 6 11	Numero di farmaci diversi assunti in media ogni giorno per qualunque via di somministrazione (compresi i placebo)						
9 6 13	Numero di GIORNI in cui la persona ha ricevuto iniezioni di qualunque tipo						
9 6 14	Numero di GIORNI in cui il medico ha cambiato la prescrizione (nelle ultime 2 settimane)						
9 6 15	Numero di GIORNI in cui la persona ha ricevuto visite mediche (nelle ultime 2 settimane)						
9 7 Mon	PROCEDURE TERAPEUTICHE relative agli APPARATI CARDIO-VASCOLARE e RESPIRATORIO						
9 7 1	Ossigeno terapia (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 7 2	Ventilazione/respirazione forzata (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 7 3	Aspirazione bronchiale (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 7 4	Cura tracheostomia (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 8 Mon	PROCEDURE TERAPEUTICHE reletive all' APPARATO URINARIO						
9 8 2	Catetere vescicale	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 8 3	Dialisi (nelle ultime 2 settimane)	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 9 Mon	PROCEDURE TERAPEUTICHE relative alla NUTRIZIONE						
9 9 2	Alimentazione artificiale per via parenterale	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 9 3	Alimentazione artificiale per via enterale	No	No	No	No	No	No
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9 10 Mon	PROCEDURE RIABILITATIVE						
	Segna il numero di giorni ed il totale dei minuti in cui una delle seguenti terapie è stata praticata per almeno 15 minuti al giorno (segna "0" se la terapia non è stata praricata o lo è stata per meno di 15 minuti al giorno)	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
9 10 7	Fisioterapia respiratoria — Giorni						
	Fisioterapia respiratoria — Minuti sett.						
9 11 Mon	ASSISTENZA RIABILITATIVA/REINTEGRATIVA (prestata da infermieri, ADEST, OTA)						
	Segna il numero di giorni ed il totale dei minuti in cui una delle seguenti terapie è stata praticata per almeno 15 minuti al giorno (segna "0" se la terapia non è stata praricata o lo è stata per meno di 15 minuti al giorno)	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
9 11 1	Addestramento per cura di sé, vestirsi — Giorni						
	Addestramento per cura di sé, vestirsi — Minuti sett.						
9 11 2	Addestramento per mangiare — Giorni						
	Addestramento per mangiare — Minuti sett.						
9 11 3	Addestramento per trasferirsi dal letto o poltrona — Giorni						
	Addestramento per trasferirsi dal letto o poltrona — Minuti sett.						
9 11 4	Deambulazione assistita non specialistica / addestramento per camminare — Giorni						
	Deambulazione assistita non specialistica / addestramento per camminare — Minuti sett.						
9 11 5	Insegnamento della cura di qualsiasi protesi — Giorni						
	Insegnamento della cura di qualsiasi protesi — Minuti sett.						
9 11 6	Miglioramento uso di tutori e busti — Giorni						
	Miglioramento uso di tutori e busti — Minuti sett.						
9 11 7	Mobilizzazione attiva/passiva non specialistica — Giorni						
	Mobilizzazione attiva/passiva non specialistica — Minuti sett.						
9 11 8	Addestramento per la mobilità a letto — Giorni						
	Addestramento per la mobilità a letto — Minuti sett.						

9	11	9	Comunicare	Giorni						
				Minuti sett.						

COMMENTI

Sezione 10 - CARICO ASSISTENZIALE DEL FAMILIARE CHE ASSISTE MAGGIORMENTE*

Se non diversamente specificato, la valutazione degli item fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

10	2	Mon	VALUTAZIONE DELLO STRESS DEL FAMILIARE MAGGIORMENTE COINVOLTO NELL'ASSISTENZA*

* La compilazione di questa sezione è opzionale. Nel caso non si voglia compilarla o non si sia in possesso delle informazioni necessarie per l'implementazione segnare la voce "Non rilevante" e saltare tutti gli item relativi.

❒ Non rilevante

10 2 1 Pensa mai di non riuscire più a fronteggiare la situazione?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Mai.
B. Di rado.
C. A volte.
D. Frequentemente.
E. Sempre.

10 2 2 Pensa mai di aver bisogno di una pausa?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Mai.
B. Di rado.
C. A volte.
D. Frequentemente.
E. Sempre.

10 2 3 Le capita di sentirsi depresso/a dalla situazione?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Mai.
B. Di rado.
C. A volte.
D. Frequentemente.
E. Sempre.

10 2 4 La sua salute ne ha in qualche modo sofferto?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Assolutamente no.
B. Un po'.
C. Moderatamente.
D. Molto.
E. Moltissimo.

10 2 5 E' preoccupato/a che possano succedere degli incidenti alla persona che assiste?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Assolutamente no.
B. Un po'.
C. Moderatamente.
D. Molto.
E. Moltissimo.

10 2 6 Pensa mai che il problema non abbia via d'uscita?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Mai.
B. Di rado.
C. A volte.
D. Frequentemente.
E. Sempre.

10 2 7 Ha difficoltà ad andare via per le vacanze?

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Assolutamente no.
B. Un po'.
C. Moderatamente.
D. Molto.
E. Moltissimo.

10 2 8 **In che misura si è modificata la sua vita sociale?**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Per nulla.
B. Un po'.
C. Moderatamente.
D. Molto.
E. Moltissimo.

10 2 9 **In che misura è stato turbato il suo menage familiare?**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Per nulla.
B. Un po'.
C. Moderatamente.
D. Molto.
E. Moltissimo.

10 2 10 **Il suo sonno viene interrotto dalla persona che assiste?**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Mai.
B. Di rado.
C. A volte.
D. Frequentemente.
E. Sempre.

10 2 11 **Si è abbassato il suo tenore di vita?**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Assolutamente no.
B. Un po'.
C. Moderatamente.
D. Molto.
E. Moltissimo.

10 2 12 **Si sente mai imbarazzato/a dalla persona che assiste?**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Mai.
B. Di rado.
C. A volte.
D. Frequentemente.
E. Sempre.

10 2 13 **E' nell'assoluta impossibilità di ricevere visite?**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Mai.
B. Di rado.
C. A volte.
D. Frequentemente.
E. Sempre.

10 2 14 **Le accade mai di essere contrariato/a o di arrabbiarsi con la persona che assiste?**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Mai.
B. Di rado.
C. A volte.
D. Frequentemente.
E. Sempre.

10 2 15 **Le capita di sentirsi frustrato/a a causa della persona che assiste?**

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
A						
B						
C						
D						
E						

A. Mai.
B. Di rado.
C. A volte.
D. Frequentemente.
E. Sempre.

COMMENTI

_____

_____

_____