

**Allegato B**  
**“Versioni della**  
**Scheda Val.Graf. FVG 2006”**

# SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE LONGITUDINALE DELL'ANZIANO

VAL.GRAF. FVG 2006  
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 ☐ Paziente 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

### 0.2 Valutazione condizione abitativa\*

☐ Non rilevante

#### 0.2.1 Valutazione ambiente esterno e spazi accessori

☐ Non rilevante

##### 0.2.1.1 Valutazione accessibilità all'edificio

☐ Non rilevante

a) Accessibile

☐ Sì

☐ No

b) Barriere

##### 0.2.1.2 Valutazione spazi accessori

☐ Non rilevante

a) Accessibile

☐ Sì

☐ No

b) Fruibile

☐ Sì

☐ No

c) Barriere

#### 0.2.2 Valutazione ambiente interno (edificio)

☐ Non rilevante

##### 0.2.2.1 Ingresso/corridoio

☐ Non rilevante

a) Accessibile

☐ Sì

☐ No

b) Fruibile

☐ Sì

☐ No

c) Barriere

##### 0.2.2.2 Cucina

☐ Non rilevante

a) Accessibile

☐ Sì

☐ No

b) Fruibile

☐ Sì

☐ No

c) Barriere

##### 0.2.2.3 Soggiorno

☐ Non rilevante

a) Accessibile

☐ Sì

☐ No

b) Fruibile

☐ Sì

☐ No

c) Barriere

##### 0.2.2.4 Camera

☐ Non rilevante

a) Accessibile

☐ Sì

☐ No

b) Fruibile

☐ Sì

☐ No

c) Barriere

##### 0.2.2.5 Bagno

☐ Non rilevante

a) Accessibile

☐ Sì

☐ No

b) Fruibile

☐ Sì

☐ No

c) Barriere

##### 0.2.2.5.1 WC

a) Fruibile

☐ Sì

☐ No

b) Barriere

#### 0.2.2.5.2 Lavandino

a) Fruibile

☐ Sì

☐ No

b) Barriere

#### 0.2.2.5.3 Vasca

a) Fruibile

☐ Sì

☐ No

b) Barriere

#### 0.2.2.5.4 Doccia

a) Fruibile

☐ Sì

☐ No

b) Barriere

### 0.2.3 Altre caratteristiche abitative

#### 0.2.3.1 Infissi

a) Presenza

☐ Sì

☐ No

b) Adeguatezza

☐ Sì

☐ No

c) Fruibilità

☐ Sì

☐ No

#### 0.2.3.2 Sistemi per il riscaldamento ambientale

a) Presenza

☐ Sì

☐ No

b) Adeguatezza

☐ Sì

☐ No

c) Fruibilità

☐ Sì

☐ No

#### 0.2.3.3 Sistemi per il riscaldamento dell'acqua

a) Presenza

☐ Sì

☐ No

b) Adeguatezza

☐ Sì

☐ No

c) Fruibilità

☐ Sì

☐ No

#### 0.2.3.4 Telefono

a) Presenza

☐ Sì

☐ No

b) Adeguatezza

☐ Sì

☐ No

c) Fruibilità

☐ Sì

☐ No

#### 0.2.3.5 Dispositivi per apertura porte/cancelli

a) Presenza

☐ Sì

☐ No

b) Adeguatezza

☐ Sì

☐ No

c) Fruibilità

☐ Sì

☐ No

#### 0.2.3.6 Adeguatezza igiene ambientale

☐ Sì

☐ No

\* Nella sezione 0.2, se la valutazione è ritenuta non rilevante gli items successivi non vanno compilati ulteriormente

#### COMMENTI

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## RETE DI AIUTI

### Rete parentale, amicale, vicinato

Grado di parentela tipo di relazione <sup>1</sup>	Grado di prossimità <sup>2</sup>	Disponibilità			Adeguatezza		
1.		Sì	Parziale	No	Sì	Parziale	No
2.		Sì	Parziale	No	Sì	Parziale	No
3.		Sì	Parziale	No	Sì	Parziale	No
4.		Sì	Parziale	No	Sì	Parziale	No
5.		Sì	Parziale	No	Sì	Parziale	No
6.		Sì	Parziale	No	Sì	Parziale	No
7.		Sì	Parziale	No	Sì	Parziale	No

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> 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

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

**COMMENTI**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**TIPOLOGIA SANITARIA - MOTIVO DELLA PRESA IN CARICO**

Tipologia Utente	Codice Tipologia Utente			Valutazioni					
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

**COMMENTI**

---

---

---

---

---

---

---




---




---

---

VALUTAZIONE	
-------------	--

Date di compilazione/apertura\*\*

1<sup>a</sup>  2<sup>a</sup>  3<sup>a</sup> 

4<sup>a</sup>  5<sup>a</sup>  6<sup>a</sup> 

\*\* Data di compilazione/apertura: nella forma giorno/mese/anno

**Periodicità della rilevazione<sup>++</sup>**

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

++ Barrare la rilevazione interessata in corrispondenza della relativa valutazione

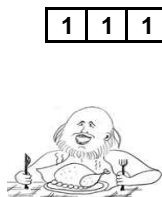
### Operatori che hanno compilato la scheda di VMD

[illegible][illegible]

## Sezione 1 - ATTIVITÀ QUOTIDIANE

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

### 1 1 Mon ALIMENTAZIONE



#### 1 1 1 Mangiare - Autonomia nel mangiare

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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. gestione sondino naso-gastrico/ PEG/ CVC/ IAP).



#### 1 1 2 Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						
D						

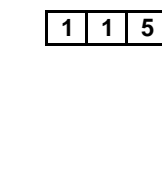
- A. Senza particolari problemi (con o senza dentiera).  
 B. Cibi duri con fatica.  
 C. Solo cibi molli.  
 D. Non si alimenta per bocca.



#### 1 1 4 Dentiera

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						
D						
E						

- A. È capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugna 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)

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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	<b>TRATTARE I PROBLEMI DI ELIMINAZIONE VESCICALE (NELLE ULTIME DUE SETTIMANE)</b>
---	---	-----	---

				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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	7	Accompagnamento a orari prestabiliti in bagno	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si

1	5	Mon	<b>CONTROLLO FUNZIONALITA' INTESTINALE</b>
---	---	-----	--

1 5 1 Alvo/continenza intestinale



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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	<b>TRATTARE I PROBLEMI DI ELIMINAZIONE FECALE (NELLE ULTIME DUE SETTIMANE)</b>
---	---	-----	--

				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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	<b>USARE DISPOSITIVI PER L'ELIMINAZIONE</b>
---	---	-----	---

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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						
D						

- A. Nessun aiuto.  
 B. Necessita solo di organizzazione.  
 C. Necessita di aiuto di una persona.  
 D. Necessita di aiuto di due o più persone.

				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 1

**Vestire**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 preparargli in ordine i vestiti.
- C.** Necessita di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.
- D.** Ha bisogno di aiuto fisico ma collabora in modo appropriato.
- E.** È dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.

1 8 2

**Autonomo per calze**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						

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

1 8 4

**Autonomo per scarpe**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						

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

1 9 1

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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 items fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

2 1 Mon **VEDERE**

2 1 1 Vista con o senza lenti



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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.

1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
No	No	No	No	No	No
Si	Si	Si	Si	Si	Si

2 1 2 Occhiali o lenti a contatto

2 2 Mon **UDIARE**

2 2 1 Udito con o senza apparecchio acustico



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 bisogno di qualcuno che gli applichi l'apparecchio acustico.  
 D. Ha un udito molto compromesso.

1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
No	No	No	No	No	No
Si	Si	Si	Si	Si	Si

2 2 2 Apparecchio acustico

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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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.

1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
No	No	No	No	No	No
Si	Si	Si	Si	Si	Si

2 3 2 È capace di usare il linguaggio dei gesti

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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						

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

2 5 2 Può leggere (con o senza occhiali)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 items fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

### 3 1 Mon FARE LE SCALE

3 1 1 Scale



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 e 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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 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.  
 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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						
D						
E						

- A. Nessun aiuto.  
 B. Necessita solo di organizzazione.  
 C. Necessita di aiuto di una persona.  
 D. Necessita di 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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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.

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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						
D						

- A. Nessun aiuto.  
 B. Necessita solo di organizzazione.  
 C. Necessita di aiuto di una persona.  
 D. Necessita di aiuto di due o più persone.

3 4 3 Uso di ausili a letto per la mobilità

1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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**



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)**



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 items 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)

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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**



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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**



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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**



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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**



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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**



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 items fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)						



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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

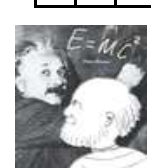


	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						
D						

- 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 più nemmeno le persone più care o chi lo accudisce ogni giorno.  
D. Non riconosce più nessuno.

### 5 6 Mon COMPRENDERE

#### 5 6 1 Capacità cognitiva di comprendere



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						
D						

- A. La comprensione (della parola e dei gesti) è sempre pronta anche per messaggi complessi.  
B. Bisogna spiegarli 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 items 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 impotante; preferirei essere morto; qual è lo scopo di tutto ciò; mi dispiace di aver vissuto così a lungo; lasciatemi morire" (nell'ultimo mese)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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.

6 2 2

Sonno eccessivo (dorme più di 16 ore al giorno)

1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
No	No	No	No	No	No
Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì



6	3	1
---	---	---

**Irrequietezza e disturbi notturni**


	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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, episodi di confusione notturna (ad es. si sveglia e vuole uscire o fare il bagno, ecc.).

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)


	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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.

6	3	3
---	---	---

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


	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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.

6	3	4
---	---	---

**Problemi di aggressività fisica**


	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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.

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)


	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						
D						

- A. No, mai.  
 B. Sì, fino a due giorni a settimana.  
 C. Sì, da 3 a 5 giorni a settimana.  
 D. Sì, giornalmente o quasi.

**COMMENTI**


---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

**7 2 Mon SOCIALIZZARE**

**7 2 1 Socievolezza**



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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.

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
7 3 3	No	No	No	No	No	No
	Si	Si	Si	Si	Si	Si
7 3 4	No	No	No	No	No	No
	Si	Si	Si	Si	Si	Si
7 3 5	No	No	No	No	No	No
	Si	Si	Si	Si	Si	Si

**7 3 3 Relazioni personali di confidenza e di sostegno, con familiare, amico**

**7 3 4 Relazioni personali di confidenza e di sostegno, con operatore**

**7 3 5 Relazioni personali di confidenza e di sostegno, con volontario e/o religioso**

**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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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. Mai o quasi.

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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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. Mai o quasi.

**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.)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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. Mai o quasi.



## Sezione 8 - PROBLEMI ASSISTENZIALI, BISOGNO DI SORVEGLIANZA

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

8	1	Mon	<b>MANTENERE L'INTEGRITÀ CUTANEA</b>
---	---	-----	--------------------------------------

8	1	1	<b>Ulcere cutanee dovute a qualsiasi causa (ulcera da decubito, da stasi, ischemica, diabetica ecc.)</b>
---	---	---	--

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						

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

8	1	2	<b>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</b>
---	---	---	---

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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).

8	1	3	<b>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</b>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>

8	2	Mon	<b>ALTRI PROBLEMI DELLA PELLE</b>
---	---	-----	-----------------------------------

				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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	<b>Lesioni aperte diverse da ulcere (ad es. tagli, lesioni cancerose)</b>	No	No	No	No	No	No
				Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8	2	3	<b>Ferite chirurgiche non cicatrizzate</b>	No	No	No	No	No	No
				Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

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

				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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	<b>Cambiamenti regolari di posizione o altre manovre antidecubito</b>	No	No	No	No	No	No
				Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8	3	3	<b>Terapie nutrizionali o idratanti per gestire i problemi della cute</b>	No	No	No	No	No	No
				Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8	3	4	<b>Medicazione dell'ulcera</b> (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	<b>Medicazione della ferita chirurgica</b> (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	<b>Altre medicazioni (con o senza applicazioni di farmaci)</b> (escludere medicazioni ai piedi)	No	No	No	No	No	No
				Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8	3	7	<b>Applicazione di creme/ pomate/ unguenti</b> (escludere cerotti transdermici e applicazioni ai piedi)	No	No	No	No	No	No
				Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8	4	Mon	<b>PROBLEMI E TRATTAMENTI DEL PIEDE nell'ultimo mese</b>
---	---	-----	--

8	4	1	<b>Cura dei piedi (taglio delle unghie, calli, geloni, ecc.),</b>
---	---	---	---

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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).

				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
8	4	2	Infezioni – ad es. drenaggi purulenti	No	No	No	No	No	No
				Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

8	4	3	<b>Lesione aperta (tagli, ulcere, fessure)</b>	No	No	No	No	No	No
				Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì



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

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

9	1	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI GENERALI						
			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	
9	1	1	Coma o 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	9	Emiplegia, emiparesi	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	1	12	Sclerosi multipla	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						
			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	
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	Ipertonìa	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						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 urinaria	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	5	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNi relativi alla NUTRIZIONE						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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	7	Mon	PROCEDURE TERAPEUTICHE relative agli APPARATI CARDIO-VASCOLARE e RESPIRATORIO						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 (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						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
9	10	1	Riabilitazione della disabilità transitoria	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	10	2	Riabilitazione della disabilità stabilizzata	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	10	3	Riabilitazione della disabilità importante	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	10	4	Attività non specialistiche	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si

**COMMENTI**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**Sezione 10 - CARICO ASSISTENZIALE DEL FAMILIARE CHE ASSISTE MAGGIORMENTE**

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

**10 1 Mon STRESS DEL FAMILIARE MAGGIORMENTE COINVOLTO NELL'ASSISTENZA****10 1 1 Stress del familiare**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						
D						
NA						

- A. Ha meno di 1-2 difficoltà o rinunce alla settimana.  
B. Ha difficoltà o rinunce 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 sé.

NA. Non c'è nessuno che assiste.

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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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****10 2 1 Pensa mai di non riuscire più a fronteggiare la situazione?**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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?**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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?**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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?**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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?**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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?

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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?

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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?

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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?

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 ?

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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?

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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?

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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?

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 arrabbiarsi con la persona che assiste ?

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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?

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 2006  
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 ☐ Paziente responsabile di sé **Stato civile** ☐ Celibe/Nubile

☐ Tutore

☐ Curatore

☐ Amministratore di sostegno

☐ Coniugato/a

☐ Vedovo/a

☐ Separato/a

☐ Divorziato/a

☐ Non dichiarato

Lingua parlata ☐ Italiano **Titolo di studio** ☐ Nessuno/analfabeta

☐ Friulano

☐ Tedesco

☐ Sloveno

☐ Altro (specificare)

☐ 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

---

---

---

---

- Provenienza**
- ☐ Casa
  - ☐ Casa con assistenza
  - ☐ Centro Semiresidenziale
  - ☐ Struttura residenziale per anziani
  - ☐ RSA - Residenza Sanitaria Assistenziale
  - ☐ Ospedale
  - ☐ Altra situazione

## 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

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

### COMMENTI

## VALUTAZIONE

#### Iniziativa della richiesta di inserimento

- ☐ Propria
- ☐ Familiare
- ☐ Soggetto civilmente obbligato
- ☐ Tutore
- ☐ MMG
- ☐ Medico ospedaliero
- ☐ Assistente sociale
- ☐ Altro

## COMMENTI

## Sezione 1 - ATTIVITÀ QUOTIDIANE

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

### 1 1 Mon ALIMENTAZIONE



#### 1 1 1 Mangiare - Autonomia nel mangiare

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						
D						

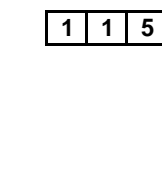
- A. Senza particolari problemi (con o senza dentiera).  
 B. Cibi duri con fatica.  
 C. Solo cibi molli.  
 D. Non si alimenta per bocca.



#### 1 1 4 Dentiera

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						
D						
E						

- A. È capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatrice 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)

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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	<b>TRATTARE I PROBLEMI DI ELIMINAZIONE VESCICALE (NELLE ULTIME DUE SETTIMANE)</b>					
---	---	-----	---	--	--	--	--	--

				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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	<b>CONTROLLO FUNZIONALITA' INTESTINALE</b>					
---	---	-----	--	--	--	--	--	--

1	5	1	Alvo/continenza intestinale
---	---	---	-----------------------------



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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	<b>TRATTARE I PROBLEMI DI ELIMINAZIONE FECALE (NELLE ULTIME DUE SETTIMANE)</b>					
---	---	-----	--	--	--	--	--	--

				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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	<b>USARE DISPOSITIVI PER L'ELIMINAZIONE</b>					
---	---	-----	---	--	--	--	--	--

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)
---	---	---	--



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)
---	---	---	--



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						
D						

- A. Nessun aiuto.  
 B. Necessita solo di organizzazione.  
 C. Necessita di aiuto di una persona.  
 D. Necessita di aiuto di due o più persone.

				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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	1
---	---	---

**Vestire**


	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 preparargli in ordine i vestiti.
- C. Necessita di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.
- D. Ha bisogno di aiuto fisico ma collabora in modo appropriato.
- E. È dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.

1	8	2
---	---	---

**Autonomo per calze**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						

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

1	8	4
---	---	---

**Autonomo per scarpe**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						

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

1	9	1
---	---	---

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


	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 items fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

2 1 Mon **VEDERE**

2 1 1 Vista con o senza lenti



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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.

1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
No	No	No	No	No	No
Si	Si	Si	Si	Si	Si

2 1 2 Occhiali o lenti a contatto

2 2 Mon **UDIRE**

2 2 1 Udito con o senza apparecchio acustico



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 bisogno di qualcuno che gli applichi l'apparecchio acustico.  
 D. Ha un udito molto compromesso.

1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
No	No	No	No	No	No
Si	Si	Si	Si	Si	Si

2 2 2 Apparecchio acustico

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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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.

1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
No	No	No	No	No	No
Si	Si	Si	Si	Si	Si

2 3 2 È capace di usare il linguaggio dei gesti

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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						

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

2 5 2 Può leggere (con o senza occhiali)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 items fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

#### 3 1 Mon FARE LE SCALE

3 1 1 Scale



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 e 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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 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.  
 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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						
D						
E						

- A. Nessun aiuto.  
 B. Necessita solo di organizzazione.  
 C. Necessita di aiuto di una persona.  
 D. Necessita di 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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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.

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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						
D						

- A. Nessun aiuto.  
 B. Necessita solo di organizzazione.  
 C. Necessita di aiuto di una persona.  
 D. Necessita di aiuto di due o più persone.

3 4 3 Uso di ausili a letto per la mobilità

1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
No	No	No	No	No	No
Si	Si	Si	Si	Si	Si

<b>3</b>	<b>5</b>	<b>Mon</b>	<b>USARE GLI AUSILI/PRESIDI</b>
----------	----------	------------	---------------------------------

3	5	1
---	---	---

**Sedia a rotelle**


	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)**


	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
C						
B						
T						
D						

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

<b>3</b>	<b>6</b>	<b>Mon</b>	<b>USARE PROTESI PER GLI ARTI</b>
----------	----------	------------	-----------------------------------

3	6	1
---	---	---

**Protesi degli arti**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 items 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)

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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**



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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.

### COMMENTI

---



---



---



---



---



---

## Sezione 5 - ASPETTI COGNITIVI

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

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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)						



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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

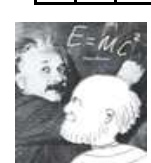


	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						
D						

- 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 più nemmeno le persone più care o chi lo accudisce ogni giorno.  
D. Non riconosce più nessuno.

### 5 6 Mon COMPRENDERE

#### 5 6 1 Capacità cognitiva di comprendere



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
A						
B						
C						
D						

- A. La comprensione (della parola e dei gesti) è sempre pronta anche per messaggi complessi.  
B. Bisogna spiegarli 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 items 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 impotante; preferirei essere morto; qual è lo scopo di tutto ciò; mi dispiace di aver vissuto così a lungo; lasciatemi morire" (nell'ultimo mese)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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.

6 2 2 Sonno eccessivo (dorme più di 16 ore al giorno)

1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
No	No	No	No	No	No
Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì





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

**7 1 Mon ASSISTENZA DA PARTE DI FIGURE DI SUPPORTO INFORMALE**

				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
			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)						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
			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						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
			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.

				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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	<b>Frequenza con cui la persona partecipa ad attività ricreative o sociali</b> (giocare a carte o a tombola, frequentare gruppi per fare qualcosa insieme oppure giocare con i nipoti)
---	---	---	--



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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. Mai o quasi.

7	4	2	<b>Frequenza con cui la persona legge libri o giornali oppure guarda la televisione con interesse</b>
---	---	---	---



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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. Mai o quasi.

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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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. Mai o quasi.

7	5	Mon	USCIRE
---	---	-----	--------

7	5	1	<b>Frequenza con cui la persona esce sola o accompagnata</b> (non solo in cortile e/o in giardino)
---	---	---	--

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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. Mai.

7	5	2	<b>Se esce ha bisogno di accompagnamento?</b>
---	---	---	---

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 items 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.)

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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).

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	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>

**8 2 Mon ALTRI PROBLEMI DELLA PELLE**

				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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.**

				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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).

				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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						
---	---	-----	------------------------------	--	--	--	--	--	--

8	5	1	Instabilità di equilibrio, pericolo di cadute	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
				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	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	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
				A					
			B						
			C						
			D						

A. Assente.

B. Lieve.

C. Moderato.

D. Severo.

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

8	5	8	Farmaci antidolorifici	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
				A					
			B						
			C						

A. No.

B. Semplici analgesici o antinfiammatori (ad es.: FANS, paracetamolo).

C. Oppiacei (ad es.: morfina, codeina, tramadolo).

8	6	Mon	ESSERE INDIPENDENTE DA ASSISTENZA CONTINUATIVA						
---	---	-----	--	--	--	--	--	--	--

8	6	1	Possibilità di lasciarlo/a da solo/a di notte	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
				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)	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
				A					
			B						
			C						
			D						

A. Sì tutto il giorno.

B. Sì mezza giornata.

C. Sì alcune ore.

D. No, praticamente mai.

8	7	Mon	ESSERE CLINICAMENTE STABILI						
---	---	-----	-----------------------------	--	--	--	--	--	--

8	7	1	Scala di stabilità/instabilità clinica (a cura del medico)	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
				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.

COMMENTI

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

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

9	1	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI GENERALI						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
9	1	1	Coma o 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	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	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						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 urinaria	No	No	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	5	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNi relativi alla NUTRIZIONE						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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 (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						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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						
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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)	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
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.					

[illegible]

## 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

### 0.2 Valutazione condizione abitativa\*

☐ Non rilevante

#### 0.2.1 Valutazione ambiente esterno e spazi accessori

☐ Non rilevante

##### 0.2.1.1 Valutazione accessibilità all'edificio

☐ Non rilevante

a) Accessibile

☐ Sì

☐ No

b) Barriere

##### 0.2.1.2 Valutazione spazi accessori

☐ Non rilevante

a) Accessibile

☐ Sì

☐ No

b) Fruibile

☐ Sì

☐ No

c) Barriere

#### 0.2.2 Valutazione ambiente interno (edificio)

☐ Non rilevante

##### 0.2.2.1 Ingresso/corridoio

☐ Non rilevante

a) Accessibile

☐ Sì

☐ No

b) Fruibile

☐ Sì

☐ No

c) Barriere

##### 0.2.2.2 Cucina

☐ Non rilevante

a) Accessibile

☐ Sì

☐ No

b) Fruibile

☐ Sì

☐ No

c) Barriere

##### 0.2.2.3 Soggiorno

☐ Non rilevante

a) Accessibile

☐ Sì

☐ No

b) Fruibile

☐ Sì

☐ No

c) Barriere

##### 0.2.2.4 Camera

☐ Non rilevante

a) Accessibile

☐ Sì

☐ No

b) Fruibile

☐ Sì

☐ No

c) Barriere

##### 0.2.2.5 Bagno

☐ Non rilevante

a) Accessibile

☐ Sì

☐ No

b) Fruibile

☐ Sì

☐ No

c) Barriere

##### 0.2.2.5.1 WC

a) Fruibile

☐ Sì

☐ No

b) Barriere

#### 0.2.2.5.2 Lavandino

a) Fruibile

☐ Sì

☐ No

b) Barriere

#### 0.2.2.5.3 Vasca

a) Fruibile

☐ Sì

☐ No

b) Barriere

#### 0.2.2.5.4 Doccia

a) Fruibile

☐ Sì

☐ No

b) Barriere

### 0.2.3 Altre caratteristiche abitative

#### 0.2.3.1 Infissi

a) Presenza

☐ Sì

☐ No

b) Adeguatezza

☐ Sì

☐ No

c) Fruibilità

☐ Sì

☐ No

#### 0.2.3.2 Sistemi per il riscaldamento ambientale

a) Presenza

☐ Sì

☐ No

b) Adeguatezza

☐ Sì

☐ No

c) Fruibilità

☐ Sì

☐ No

#### 0.2.3.3 Sistemi per il riscaldamento dell'acqua

a) Presenza

☐ Sì

☐ No

b) Adeguatezza

☐ Sì

☐ No

c) Fruibilità

☐ Sì

☐ No

#### 0.2.3.4 Telefono

a) Presenza

☐ Sì

☐ No

b) Adeguatezza

☐ Sì

☐ No

c) Fruibilità

☐ Sì

☐ No

#### 0.2.3.5 Dispositivi per apertura porte/cancelli

a) Presenza

☐ Sì

☐ No

b) Adeguatezza

☐ Sì

☐ No

c) Fruibilità

☐ Sì

☐ No

0.2.3.6 Adeguatezza igiene ambientale ☐ Sì ☐ No

\* Nella sezione 0.2, se la valutazione è ritenuta non rilevante gli items successivi non vanno compilati ulteriormente

### COMMENTI

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## RETE DI AIUTI

### Rete parentale, amicale, vicinato

Grado di parentela tipo di relazione <sup>1</sup>	Grado di prossimità <sup>2</sup>	Disponibilità			Adeguatezza		
1.		Sì	Parziale	No	Sì	Parziale	No
2.		Sì	Parziale	No	Sì	Parziale	No
3.		Sì	Parziale	No	Sì	Parziale	No
4.		Sì	Parziale	No	Sì	Parziale	No
5.		Sì	Parziale	No	Sì	Parziale	No
6.		Sì	Parziale	No	Sì	Parziale	No
7.		Sì	Parziale	No	Sì	Parziale	No

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> CO = Convivente, CA = Casa adiacente, IV = Immediate vicinanze, ≤ 15 = Entro 15 minuti in auto, ≤ 60 = Entro 1 ora, > 60 = Oltre 1 ora

### Servizi pubblici

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

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

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

**COMMENTI**

---

---

---

---

---

---

---

---

**TIPOLOGIA SANITARIA - MOTIVO DELLA PRESA IN CARICO**

Tipologia Utente	Codice Tipologia Utente			Valutazioni	
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

**COMMENTI**

---

---

---

---

---

---

---

---

VALUTAZIONE

Date di compilazione/apertura\*\*

1<sup>a</sup>

2<sup>a</sup>

\*\* Data di compilazione/apertura: nella forma giorno/mese/anno

Operatori che hanno compilato la scheda di VMD

				Valutazioni	
COGNOME	NOME	Qualifica professionale	Firma/sigla	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>

COMMENTI

## Sezione 1 - ATTIVITÀ QUOTIDIANE

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

### 1 1 Mon ALIMENTAZIONE

1 1 1

#### Mangiare - Autonomia nel mangiare



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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. gestione sondino naso-gastrico/ PEG/ CVC/ IAP).

### 1 2 Mon LAVARSI

1 2 1

#### Bagno o doccia



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
A		
B		
C		
D		
E		

- A. È capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatrice 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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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 5 Mon CONTROLLO FUNZIONALITA' INTESTINALE

1 5 1

#### Alvo/continenza intestinale



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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 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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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 8 Mon VESTIRSI

1 8 1

#### Vestire



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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 preparargli in ordine i vestiti.
- C. Necessita di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.
- D. Ha bisogno di aiuto fisico ma collabora in modo appropriato.
- E. È dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.



1	9	Mon	<b>CURA DELL'ASPETTO</b>
---	---	-----	--------------------------

1	9	1
---	---	---

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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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 items fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

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

2 3 1

#### Capacità di comunicare



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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 (Sì-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)*



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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 items fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

#### 3 1 Mon FARE LE SCALE

3 1 1

##### Scale



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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 e 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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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 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.
- F. 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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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.

#### 3 5 Mon USARE GLI AUSILI/PRESIDI

3 5 1

##### Sedia a rotelle



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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 items 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)*

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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 6 Mon CUCINARE PASTI CALDI

4 6 1

**Cucinare pasti caldi**



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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 items 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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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 più nemmeno le persone più care o chi lo accudisce ogni giorno.
- D. Non riconosce più nessuno.

### 5 6 Mon COMPRENDERE

5 6 1

Capacità cognitiva di comprendere



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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 items fa riferimento all'ULTIMA SETTIMANA

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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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.

6 3 3

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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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.

6 3 4

**Problemi di aggressività fisica**



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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.

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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
A		
B		
C		
D		

- A. No, mai.
- B. Sì, fino a due giorni a settimana.
- C. Sì, da 3 a 5 giorni a settimana.
- D. Sì, giornalmente o quasi.

### COMMENTI

---

---

---

---

---

---

---

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

7	2	Mon	SOCIALIZZARE
---	---	-----	--------------

7	2	1
---	---	---

**Socievolezza**



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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).

**COMMENTI**

---



---



---



---



---



---

**Sezione 8 - PROBLEMI ASSISTENZIALI, BISOGNO DI SORVEGLIANZA**

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

8	1	Mon	<b>MANTENERE L'INTEGRITÀ CUTANEA</b>
---	---	-----	--------------------------------------

8	1	1	<b>Ulcere cutanee dovute a qualsiasi causa (ulcera da decubito, da stasi, ischemica, diabetica ecc.)</b>
---	---	---	--

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
A		
B		
C		

A. Assenti e non a rischio.

B. A rischio (per ictus, immobilità, ecc.).

C. Presenti.

8	1	3	<b>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</b>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>

8	2	Mon	<b>ALTRI PROBLEMI DELLA PELLE</b>
---	---	-----	-----------------------------------

8	2	1	<b>Ustioni di II e III grado (con vescicole, bolle, escara, necrosi, ecc.)</b>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
				No	No
				Sì	Sì

8	2	2	<b>Lesioni aperte diverse da ulcere (ad es. tagli, lesioni cancerose)</b>	No	No
				Sì	Sì

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

8	3	6	<b>Altre medicazioni (con o senza applicazioni di farmaci) (escludere medicazioni ai piedi)</b>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
				No	No
				Sì	Sì

8	4	Mon	<b>PROBLEMI E TRATTAMENTI DEL PIEDE nell'ultimo mese</b>
---	---	-----	--

8	4	3	<b>Lesione aperta (tagli, ulcere, fessure)</b>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
				No	No
				Sì	Sì

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

8	5	Mon	<b>ALTRI PROBLEMI ASSISTENZIALI</b>
---	---	-----	-------------------------------------

8	5	2	<b>Ulcere vascolari arti inferiori</b>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
				No	No
				Sì	Sì

8	5	3	<b>Disidratazione (lingua e labbra screpolate, pelle secca, beve meno di 3 bicchieri al giorno, fluidi eliminati maggiori di quelli assunti, ecc.)</b>	No	No
				Sì	Sì

8	5	6	<b>Dolore - intensità</b>
---	---	---	---------------------------

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
A		
B		
C		
D		

A. Assente.

B. Lieve.

C. Moderato.

D. Severo.

8	5	7	<b>Dolore - Frequenza: se è presente, il dolore è quotidiano?</b>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
				No	No
				Sì	Sì

**COMMENTI**

---

---

---

---

---

---

---



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

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

9	1	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI GENERALI		
			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	
9	1	1	Coma o stato vegetativo	No	No
			Si	Si	
9	1	2	Allucinazioni	No	No
			Si	Si	
9	1	4	Febbre	No	No
			Si	Si	
9	1	9	Emiplegia, emiparesi	No	No
			Si	Si	
9	1	12	Sclerosi multipla	No	No
			Si	Si	
9	3	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI relativi agli APPARATI CARDIO-VASCOLARE e RESPIRATORIO		
			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	
9	3	3	Polmonite	No	No
			Si	Si	
9	4	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI relativi all' APPARATO URINARIO		
			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	
9	4	3	Infezione urinaria	No	No
			Si	Si	
9	5	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI relativi alla NUTRIZIONE		
			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	
9	5	2	Vomito ripetuto	No	No
			Si	Si	
9	5	4	Perdita di peso (oltre il 5% nell'ultimo mese oppure il 10% negli ultimi sei mesi)	No	No
			Si	Si	
9	6	Mon	PROCEDURE TERAPEUTICHE GENERALI		
			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	
9	6	2	Iniezione e/o infusione di sostanze terapeutiche per via endovena (nelle ultime 2 settimane)	No	No
			Si	Si	
9	6	7	Trattamento con sostanze chemioterapiche (nelle ultime 2 settimane)	No	No
			Si	Si	
9	6	8	Trattamento con sostanze radioattive (nelle ultime 2 settimane)	No	No
			Si	Si	
9	6	9	Trasfusione di sangue e componenti ematici (nelle ultime due settimane)	No	No
			Si	Si	
9	6	10	Catetere venoso centrale/Port	No	No
			Si	Si	
9	7	Mon	PROCEDURE TERAPEUTICHE relative agli APPARATI CARDIO-VASCOLARE e RESPIRATORIO		
			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	
9	7	1	Ossigeno terapia (nelle ultime 2 settimane)	No	No
			Si	Si	
9	7	2	Ventilazione/respirazione forzata (nelle ultime 2 settimane)	No	No
			Si	Si	
9	7	3	Aspirazione (nelle ultime 2 settimane)	No	No
			Si	Si	
9	7	4	Cura tracheostomia (nelle ultime 2 settimane)	No	No
			Si	Si	

9	8	Mon	PROCEDURE TERAPEUTICHE reletive all' APPARATO URINARIO
---	---	-----	--

			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
9	8	2	No	No
Catetere vescicale			Si	Si

9	8	3	Dialisi (nelle ultime 2 settimane)	No	No
				Si	Si

9	9	Mon	PROCEDURE TERAPEUTICHE relative alla NUTRIZIONE
---	---	-----	---

			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
9	9	3	No	No
Alimentazione artificiale per via enterale			Si	Si

## COMMENTI

# SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE LONGITUDINALE DELL'ANZIANO

VAL.GRAF.FVG 2006

Versione Residenziale Essenziale

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

## ANAGRAFICA

<b>Cognome</b>																												
<b>Nome</b>																												
<b>Data di Nascita</b>							<b>Nato/a a</b>															<b>Prov.</b>						
<b>Sesso</b>	<input type="checkbox"/> Maschio		<input type="checkbox"/> Femmina		<b>C.R.A.</b>								<b>C.F.</b>															
<b>Residenza:</b>	<b>Via</b>																<b>C.A.P.</b>											
	<b>Città</b>																											
<b>Domicilio:</b>	<b>Via</b>																<b>C.A.P.</b>											
<small>Indicare solo se diverso dalla Residenza</small>	<b>Città</b>																											
<b>N. Telefono</b>																												
<b>Persona di riferimento</b>	<b>Cognome</b>																											
	<b>Nome</b>																											
	<b>N. Telefono</b>																											
	<input type="checkbox"/> Coniuge																											
	<input type="checkbox"/> Convivente																											
	<input type="checkbox"/> Figlio/a																											
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)																											
<b>Medico Curante</b>	<b>Cognome</b>																											
	<b>Nome</b>																											
<b>Responsabilità legale</b>	<input type="checkbox"/> Paziente responsabile di sé																											
	<input type="checkbox"/> Tutore																											
	<input type="checkbox"/> Curatore																											
	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno																											
<b>Ha invalidità civile*</b>	<input type="checkbox"/> Sì						<input type="checkbox"/> No						<input type="checkbox"/> In attesa															
<b>Percentuale di invalidità*</b>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> %																											
<b>Ha indennità di accompagnamento*</b>	<input type="checkbox"/> Sì						<input type="checkbox"/> No						<input type="checkbox"/> In attesa															
<b>Altre contribuzioni legate alla non autosufficienza</b>	<input type="checkbox"/> Sì						<input type="checkbox"/> No						<input type="checkbox"/> 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

## 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

DIAGNOSI MEDICHE	ICDIX - CM						Valutazioni	
							1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								

### COMMENTI

---

---

---

---

---

---

---

---

## VALUTAZIONE

Date di compilazione/apertura\*\*

1<sup>a</sup>           2<sup>a</sup>

\*\* Data di compilazione/apertura: nella forma giorno/mese/anno

Operatori che hanno compilato la scheda di VMD

COGNOME	NOME	Qualifica professionale	Firma/sigla	Valutazioni	
				1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>

### COMMENTI

---

---

---

---

---

---

---

---

## Sezione 1 - ATTIVITÀ QUOTIDIANE

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

1	1	Mon	<b>ALIMENTAZIONE</b>
---	---	-----	----------------------

1	1	1
---	---	---

### Mangiare - Autonomia nel mangiare



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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. gestione sondino naso-gastrico/ PEG/ CVC/ IAP).

1	4	Mon	<b>TRATTARE I PROBLEMI DI ELIMINAZIONE VESCICALE (NELLE ULTIME DUE SETTIMANE)</b>
---	---	-----	---

1	4	4
---	---	---

Accompagnamento a orari prestabiliti in bagno, e in questo caso l'incontinenza non si manifesta

1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
No	No
Si	Si

1	4	5
---	---	---

Accompagnamento a orari prestabiliti in bagno, ma in parte l'incontinenza si manifesta

No	No
Si	Si

1	4	6
---	---	---

Incontinenza trattata con programma regolare di rieducazione della vescica

No	No
Si	Si

1	6	Mon	<b>TRATTARE I PROBLEMI DI ELIMINAZIONE FECALE (NELLE ULTIME DUE SETTIMANE)</b>
---	---	-----	--

1	6	5
---	---	---

Accompagnamento a orari prestabiliti in bagno, e in questo caso l'incontinenza non si manifesta

1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
No	No
Si	Si

1	6	6
---	---	---

Accompagnamento a orari prestabiliti in bagno, ma in parte l'incontinenza si manifesta

No	No
Si	Si

1	6	7
---	---	---

Incontinenza trattata con programma regolare di rieducazione

No	No
Si	Si

1	7	Mon	<b>USARE DISPOSITIVI PER L'ELIMINAZIONE</b>
---	---	-----	---

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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
A		
B		
C		
D		

- A. Nessun aiuto.
- B. Necessita solo di organizzazione.
- C. Necessita di aiuto di una persona.
- D. Necessita di aiuto di due o più persone.

### COMMENTI

---



---



---



---



---



---

## Sezione 2 - COMUNICAZIONE

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

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

2	3	1
---	---	---

Capacità di comunicare



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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 (Sì-No).

D. È incapace di comunicare.

### COMMENTI

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---

### Sezione 3 - MOBILITÀ

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

#### 3 3 Mon TRASFERIMENTI

3 3 1



##### Autonomia nei trasferimenti (dal/al letto carrozzina, letto poltrona/sedia, in piedi)

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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 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.
- 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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
A		
B		
C		
D		
E		

- A. Nessun aiuto.
- B. Necessita solo di organizzazione.
- C. Necessita di aiuto di una persona.
- D. Necessita di 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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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.

3 4 2

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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
A		
B		
C		
D		

- A. Nessun aiuto.
- B. Necessita solo di organizzazione.
- C. Necessita di aiuto di una persona.
- D. Necessita di aiuto di due o più persone.

#### COMMENTI

---



---



---



---



---

## Sezione 5 - ASPETTI COGNITIVI

Se non diversamente specificato, la valutazione degli items 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)

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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 4 Mon PRENDERE LE DECISIONI

5 4 1



Capacità di prendere le decisioni

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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.

### COMMENTI

---



---



---



---



---



---



## Sezione 6 - APETTI PSICOLOGICI E COMPORTAMENTALI

Se non diversamente specificato, la valutazione degli items 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 impotante; preferirei essere morto; qual è lo scopo di tutto ciò; mi dispiace di aver vissuto così a lungo; lasciati morire" (nell'ultimo mese)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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 2

Sonno eccessivo (dorme più di 16 ore al giorno)

1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
No	No
Sì	Sì

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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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.

6 3 3

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



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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.

6 3 4

**Problemi di aggressività fisica**



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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.

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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
A		
B		
C		
D		

- A. No, mai.
- B. Sì, fino a due giorni a settimana.
- C. Sì, da 3 a 5 giorni a settimana.
- D. Sì, giornalmente o quasi.

#### COMMENTI

---

---

---

---

---

---

---

**Sezione 7 - SOCIEVOLEZZA, RAPPORTI CON I FAMILIARI, IL PERSONALE, USCITE, ATTIVITA RICREATIVE E UTILI** - Se non diversamente specificato, la valutazione degli items 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)



	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
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.

**COMMENTI**

---

---

---

---

---

---

**Sezione 8 - PROBLEMI ASSISTENZIALI, BISOGNO DI SORVEGLIANZA**

Se

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

8	1	Mon	<b>MANTENERE L'INTEGRITÀ CUTANEA</b>						
8	1	1	Ulcere cutanee dovute a qualsiasi causa (ulcera da decubito, da stasi, ischemica, diabetica ecc.)						
			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	
		A							A. Assenti e non a rischio.
		B							B. A rischio (per ictus, immobilità, ecc.).
		C							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						
			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>					
		A			A. Arrossamenti persistenti (grado 1); (indicare il numero di ulcere).				
		B			B. Abrasioni, vescicole, bolle (grado 2); (indicare il numero di ulcere).				
		C			C. Perdita della pelle a tutto spessore (grado 3); (indicare il numero di ulcere).				
		D			D. Ulcere più profonde (grado 4 oppure escara); (indicare il numero di ulcere).				
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			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>		
8	2	Mon	<b>ALTRI PROBLEMI DELLA PELLE</b>			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>		
8	2	1	Ustioni di II e III grado (con vescicole, bolle, escara, necrosi, ecc.)			No	No		
						Sì	Sì		
8	2	2	Lesioni aperte diverse da ulcere (ad es. tagli, lesioni cancerose)			No	No		
						Sì	Sì		
8	2	3	Ferite chirurgiche non cicatrizzate			No	No		
						Sì	Sì		
8	3	Mon	<b>TRATTAMENTI DELLA PELLE - Segnalare tutte le attività svolte - indipendentemente dalla presenza/assenza delle lesioni, qualsiasi sia la causa.</b>			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>		
8	3	1	Uso di sedie/letti con presidi antidecubito			No	No		
						Sì	Sì		
8	3	2	Cambiamenti regolari di posizione o altre manovre antidecubito			No	No		
						Sì	Sì		
8	3	3	Terapie nutrizionali o idratanti per gestire i problemi della cute			No	No		
						Sì	Sì		
8	3	4	Medicazione dell'ulcera (qualunque intervento per il trattamento di uno stadio d'ulcera; escludere medicazioni ai piedi)			No	No		
						Sì	Sì		
8	3	5	Medicazione della ferita chirurgica (qualunque intervento per il trattamento e la protezione della ferita)			No	No		
						Sì	Sì		
8	3	6	Altre medicazioni (con o senza applicazioni di farmaci) (escludere medicazioni ai piedi)			No	No		
						Sì	Sì		
8	3	7	Applicazione di creme/ pomate/ unguenti (escludere cerotti transdermici e applicazioni ai piedi)			No	No		
						Sì	Sì		
8	4	Mon	<b>PROBLEMI E TRATTAMENTI DEL PIEDE nell'ultimo mese</b>			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>		
8	4	2	Infezioni – ad es. drenaggi purulenti			No	No		
						Sì	Sì		
8	4	3	Lesione aperta (tagli, ulcere, fessure)			No	No		
						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		
						Sì	Sì		
8	5	Mon	<b>ALTRI PROBLEMI ASSISTENZIALI</b>			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>		
8	5	3	Disidratazione (lingua e labbra screpolate, pelle secca, beve meno di 3 bicchieri al giorno, fluidi eliminati maggiori di quelli assunti, ecc.)			No	No		
						Sì	Sì		

**COMMENTI**

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

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

9	1	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI GENERALI		
			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	
9	1	1	Coma o stato vegetativo		
			No	No	
			Si	Si	
9	1	2	Allucinazioni		
			No	No	
			Si	Si	
9	1	3	Deliri		
			No	No	
			Si	Si	
9	1	4	Febbre		
			No	No	
			Si	Si	
9	1	5	Emorragia interna		
			No	No	
			Si	Si	
9	1	8	Diabete		
			No	No	
			Si	Si	
9	1	9	Emiplegia, emiparesi		
			No	No	
			Si	Si	
9	1	10	Paraplegia, paraparesi		
			No	No	
			Si	Si	
9	1	11	Tetraplegia, tetraparesi		
			No	No	
			Si	Si	
9	1	12	Sclerosi multipla		
			No	No	
			Si	Si	
9	1	13	Paralisi cerebrale infantile		
			No	No	
			Si	Si	
9	1	14	Setticemia		
			No	No	
			Si	Si	
9	2	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI relativi ai SISTEMI NERVOSO e OSTEOMUSCOLARE		
			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	
9	2	12	Afasia		
			No	No	
			Si	Si	
9	3	Mon	SINTOMI/STATI MORBOSI IN ATTO/SEGNI relativi agli APPARATI CARDIO-VASCOLARE e RESPIRATORIO		
			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	
9	3	3	Polmonite		
			No	No	
			Si	Si	
9	5	Mon	SINTOMI / STATI MORBOSI IN ATTO / SEGNI relativi alla NUTRIZIONE		
			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	
9	5	2	Vomito ripetuto		
			No	No	
			Si	Si	
9	5	4	Perdita di peso (oltre il 5% nell'ultimo mese oppure il 10% negli ultimi sei mesi)		
			No	No	
			Si	Si	
9	6	Mon	PROCEDURE TERAPEUTICHE GENERALI		
			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	
9	6	2	Iniezione e/o infusione di sostanze terapeutiche per via endovena (nelle ultime 2 settimane)		
			No	No	
			Si	Si	
9	6	7	Trattamento con sostanze chemioterapiche (nelle ultime 2 settimane)		
			No	No	
			Si	Si	
9	6	8	Trattamento con sostanze radioattive (nelle ultime 2 settimane)		
			No	No	
			Si	Si	
9	6	9	Trasfusione di sangue e componenti ematici (nelle ultime due settimane)		
			No	No	
			Si	Si	
9	6	10	Catetere venoso centrale/Port		
			No	No	
			Si	Si	
9	6	13	Numero di giorni in cui lapersdona 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)		

[illegible]

## IL SEGRETARIO GENERALE