

Codice A1410A

D.D. 30 giugno 2016, n. 381

**D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016 "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica" - Adozione della nuova Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica.**

Con D.G.R. 34-3309 del 16 maggio 2016 si è dato avvio al Progetto sperimentale RSA Aperta che prevede prestazioni erogabili ai sensi della D.G.R. n. 45-4248/2012, integrate con altre figure professionali, rese al domicilio dalle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per anziani non autosufficienti accreditate con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) ai sensi della D.G.R. n. 25-12129 del 14 settembre 2009, al fine di agevolare il mantenimento della persona al domicilio.

La Giunta Regionale, nel medesimo provvedimento, demanda alla Direzione Sanità, di concerto con la Direzione Coesione Sociale, l'adozione di nuovi moduli tra i quali la "Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica" in sostituzione dell'Allegato A "Unità di Valutazione Geriatrica Cartella Geriatrica" della D.G.R. n. 69-481 del 2 agosto 2010 "Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto 2004 e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009".

Ottemperando così alla disposizione data, con il presente atto si adotta la nuova "Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica" di cui sopra come da Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Tutto ciò premesso

#### IL DIRETTORE

visti gli artt. 4 e 17 del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i.: "*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*";

visto l'art. 17 della L. R. 23/2008 "*Disciplina dell'organizzazione degli uffici regionali e disposizioni concernenti la dirigenza ed il personale*";

vista la D.G.R. n. 69-481 del 2 agosto 2010 "*Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto 2004 e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009*";

vista la D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012: "*Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziani non autosufficienti. Modifica della D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.2009 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.2008. Revoca delle precedenti deliberazioni*";

vista la D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016 "*Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica*";

*determina*

- di adottare la nuova ““Cartella Geriatrica dell’Unità di Valutazione Geriatrica” presente nell’Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente determinazione;
- di stabilire che la nuova “Cartella Geriatrica dell’Unità di Valutazione Geriatrica”, si applica per tutte richieste di Valutazione e Rivalutazione Multidimensionale effettuate dall’Unità di Valutazione Geriatrica;
- di dare atto che, secondo quanto previsto nella D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2106 la Cartella Geriatrica di cui all’Allegato A della presente determinazione sostituisce la Cartella Geriatrica di cui all’Allegato A “Unità di Valutazione Geriatrica Cartella Geriatrica” della D.G.R. n. 69-481 del 2 agosto 2010 “*Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto 2004 e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009*”.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale entro 60 giorni ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni, dalla notificazione o dall’intervenuta piena conoscenza.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell’art. 61 dello Statuto nonché ai sensi dell’articolo 23, comma 1, lettera a), del D.lgs n. 33/2013.

Il Direttore Regionale  
*Fulvio MOIRANO*

Allegato

## UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG)

Azienda Sanitaria Locale \_\_\_\_\_

*Moduli della Cartella Geriatrica*

<b>A - RICHIESTA DI VALUTAZIONE / RIVALUTAZIONE</b>	<input type="checkbox"/>
<b>B - SCHEDA ANAGRAFICA INFORMATIVA</b>	<input type="checkbox"/>
<b>B1 - SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE (*)</b>	<input type="checkbox"/>
<b>B2 - SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA (**)</b>	<input type="checkbox"/>
<b>B3 - RIEPILOGO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E SANITARIA</b>	<input type="checkbox"/>
<b>C - DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ ASSISTENZIALE DOMICILIARE</b>	<input type="checkbox"/>
<b>C1 - DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ ASSISTENZIALE RESIDENZIALE (ANCHE TEMPORANEA) E RESIDENZIALITÀ IN NUCLEO ALZHEIMER TEMPORANEO</b>	<input type="checkbox"/>
<b>C2 - DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ ASSISTENZIALE RESIDENZIALE PROGETTO RSA APERTA</b>	<input type="checkbox"/>
<b>D - PROGETTO DI ASSISTENZA DOMICILIARE</b>	<input type="checkbox"/>
<b>D1 - PROGETTO RESIDENZIALE (ANCHE PER RESIDENZIALITÀ TEMPORANEA E NUCLEO ALZHEIMER TEMPORANEO)</b>	<input type="checkbox"/>
<b>D2- PROGETTO RESIDENZIALE RSA APERTA</b>	<input type="checkbox"/>
<b>D3 - PROGETTO SEMIRESIDENZIALE CENTRO DIURNO</b>	<input type="checkbox"/>
<b>D4 - PROGETTO SEMIRESIDENZIALE CENTRO DIURNO ALZHEIMER</b>	<input type="checkbox"/>

**Nota:**

*La Cartella Geriatrica è modulare, pertanto, spuntando i moduli che via via si utilizzano si compone la Cartella medesima.*

*(\*) La scheda B1 è modificata negli item 7) 8) della sezione 4A "Persona valutata al domicilio" e negli item 10) 11) 12) e 14) della sezione 4B "Persona valutata in struttura residenziale", in quest'ultima sezione è stata inserita una sintetica griglia di rilevazione dei bisogni assistenziali: 1) Igiene personale e vestizione e 2) Somministrazione dei pasti.*

*(\*\*) La scheda B2 contiene:*

- *ADL di Barthel,*
- *IADL di Lawton*
- *SPMSQ di Pfeiffer*
- *A.Di.Co*
- *DMI*
- *Trattamenti specialistici*
- *CIRS*

# UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG) ASL .....

## SCHEMA ANAGRAFICA INFORMATIVA

Cognome	Nome
Nato/a a	il
residente a	via
recapito telefonico	piano dello stabile ..... numero vani..... ascensore <span style="float: right;">Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>
stato civile	Codice Fiscale
titolo di studio	attività lavorativa pregressa
Medico di Medicina Generale	pensionato iscritto Cassa INPDAP <span style="float: right;">Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span> coniuge conv. di pensionato INPDAP <span style="float: right;">Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Persona con handicap grave (ex art.3 L.104/92)	Domanda in corso dal.....
invalidità civile	Sì <input type="checkbox"/> percentuale ..... No <input type="checkbox"/> domanda in corso dal .....
indennità di accompagnamento	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> dal..... Domanda in corso dal.....

La domanda è presentata in data ..... / ..... / .....

da **diretto interessato**  **tutore**  **amministr. di sostegno**   
**famigliari (specificare)** \_\_\_\_\_  **altro (specificare)** \_\_\_\_\_

**I dati e le informazioni sono state fornite da**

Cognome	Nome
indirizzo	rec. tel.

**Persona di riferimento (se diversa da chi ha fornito le informazioni)**

Cognome	Nome
indirizzo	rec. tel.

Luogo di valutazione della persona da parte dell'UVG	Data e luogo previsti per la valutazione	Data e luogo in cui è stata effettuata
Domicilio		
Struttura residenziale		
Reparto ospedaliero		
Lungodegenza		
CAVS		
Sede UVG		
Altro: indicare quale		

# SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE

Ente gestore/Comune \_\_\_\_\_

Cognome e Nome.....

## 1. CONDIZIONI ABITATIVE

Questa parte non viene compilata in caso di persona già ricoverata in struttura attribuendo punteggio 1 all'area abitativa.

1) Centro abitato con servizi tutti facilmente raggiungibili dall'interessato ( Negozi, Farmacia, Posta ) .....	0	
2) Centro abitato con anche solo due dei servizi sopramenzionati difficilmente raggiungibili o non presenti	1	
3) Isolata e/o impossibilità totale da parte dell'interessato ad accedere ai servizi	2	

4) È previsto uno sfratto o sgombero definitivo	Sì*	No
---	-----	----

\*Se sì: punteggio finale massimo delle condizioni abitative = 10; passare alla valutazione delle condizioni economiche

### Condizioni igieniche:

5) Buone	0	
6) Scadenti	1	
7) Pessime	2	

8) Chi si occupa dell'igiene ambientale ? - Interessato/a	Sì	No
---	----	----

### Servizi Igienici:

9) Adeguate	0	
10) Interni non adeguate/esterni	2	

### Riscaldamento:

11) Autonomo / centrale	0	
12) Stufa a gas /	1	
13) Stufa cherosene / legna	2	

### Presenza di barriere architettoniche:

14) No	0	
15) Sì, interne	1	
16) Sì esterne	1	

Note

Sub condizione abitativa

## 2. CONDIZIONE ECONOMICA

In attesa della definizione regionale, ai sensi dell'art. 40 della l.r. 1/2004, di criteri uniformi di valutazione della situazione economica rilevante si ritiene opportuno, individuare, quale ISEE da considerare nel percorso di valutazione, l'ISEE socio-sanitario per le prestazioni socio-sanitarie, o, qualora non fosse ancora concluso l'iter per il riconoscimento dell'invalidità civile, l'ISEE ordinario.

Per l'accesso alla prestazione agevolata dell'integrazione della quota della retta residenziale a carico dell'utente, per graduare l'entità della contribuzione prevista (o per disporre l'esclusione da tale contribuzione), si rinvia alla DGR n. 10-881 del 12 gennaio 2015 "Linee guida per la gestione transitoria dell'applicazione della normativa ISEE di cui al DPCM 5 dicembre 2013, n. 159" ed occorre considerare l'ISEE socio sanitario residenziale.

### 3. CONDIZIONI FAMILIARI

Dati relativi al contesto familiare della persona oggetto di valutazione

Esistono parenti o persone di riferimento:      Sì       No

Descrizione dei conviventi:

Cognome e nome	età	grado di parentela/ altro

Descrizione dei non conviventi

Cognome nome

Grado di parentela/altro	età	residenza	telefono	vivono
				<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove
				<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove
				<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove
				<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove
				<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove

## A) Persona sola \*

SÌ	
----	--

Se persona sola priva di parenti conviventi/non conviventi (si intendono quelli indicati dall'articolo 433 C.C.), non si compilano le domande da B1 a C5 e, ove significativo, si utilizzano le variabili C6/C7 o si attribuisce il punteggio massimo (20) passando alla valutazione delle CONDIZIONI ASSISTENZIALI (area 4):

## B) Persona con conviventi

Conviventi (compilare 1 sola voce la più significativa)

B1) Presenza del coniuge / altra persona convivente valutato UVG/UMVD non autosufficiente o con problemi di dipendenza o disturbi psichiatrici	11
B2) Problemi del coniuge/persona convivente, <b>non</b> valutato/a UVG/UMVD (elevata età, problemi sanitari, episodi acuti, ecc.)	9
B3) Grave affaticamento del convivente (care-giver) derivante dal lavoro di cura	7
B4) Problemi del convivente/i a svolgere lavoro di cura per impegni lavorativi o avvenimenti particolari	5
B5) Dinamiche relazionali altamente problematiche all'interno del nucleo	5

Persona senza familiari non conviventi (da compilare solo se compilata almeno una delle voci dal B1 al B5)

B6) Al di fuori dei familiari conviventi non esistono altri parenti	9
---	---

Se compilata una voce dal B1 al B5 e il B6, passare direttamente alla valutazione delle condizioni assistenziali

Rete familiare non convivente (compilare 1 sola voce la più significativa)

B7) Elevato carico di cura per la presenza all'interno del nucleo familiare di minori e/o di persone con gravi problemi (non autosufficiente, disabilità, dipendenze, disturbi psichiatrici, ecc.) e/o l'unico/i parente/i di riferimento ha problemi connessi all'elevata età e alla salute	7
B8) ...) Dinamiche relazionali altamente problematiche tra nucleo del valutato e la sua rete parentale	5
B9) Grave affaticamento del care-giver (non convivente) derivante dal lavoro di cura	5
B10) Lontananza (distanza fisica, elevati tempi di spostamento)	3
B11) Impegni lavorativi che non consentono un adeguato supporto alla persona	2



### C) Persona che vive sola, con rete parentale non convivente

Rete familiare non convivente con parenti tenuti agli alimenti ( art. 433 C.C.)

(compilare una sola voce la più significativa)

C1) Elevato carico di cura per la presenza all'interno del nucleo familiare di minori e/o di persone con gravi problemi ( non autosuff., disabilità, dipendenze, disturbi psichiatrici, ecc.) e/o l'unico/i parente/i di riferimento ha problemi connessi all'elevata età e alla salute	18
C2) Dinamiche relazionali altamente problematiche tra nucleo del valutato e la sua rete parentale	16
C3) Grave affaticamento del care-giver (non convivente) derivante dal lavoro di cura	16
C4) Lontananza (distanza fisica, elevati tempi di spostamento...)	10
C5) Impegni lavorativi che non consentono un adeguato supporto alla persona	8

Rete parentale è composta esclusivamente da parenti non tenuti agli alimenti secondo art. 433 C.C. che:

C6) se ne occupano, sono presenti ed adeguati	13
C7) non se ne occupano o se ne occupano in modo inadeguato	17

Sub totale condizione familiare

Note

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### 4. CONDIZIONI ASSISTENZIALI\*

(\*La compilazione della scheda 4A esclude la compilazione della scheda 4B e viceversa)

##### 4A. Persona valutata a domicilio

Indicare i bisogni ed il loro grado di copertura da parte della persona valutata:

BISOGNI	GIORNO			NOTTE			totale
	soddisfatto	In parte	soddisfatto Non	soddisfatto	In parte	soddisfatto Non	
1) Igiene personale	0	1	2	0	1	2	
2) Vestirsi	0	1	2				
3) Igiene ambientale	0	1	2				
4) Preparazione e somministrazione dei pasti	0	1	2				
5) Spesa e/o disbrigo di pratiche	0	1	2				
6) sorveglianza e/o monitoraggio	0	1	2	0	1	2	

	Chi lo fa	Tutti i giorni	2/3 volte la settimana	1 volta la settimana	saltuariamente
1) Igiene personale	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento				
2) Vestirsi	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento				
3) Igiene ambientale	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento				
4) Preparazione e somministrazione dei pasti	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento				
5) Spesa e/o disbrigo di pratiche	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento				
6) sorveglianza e/o monitoraggio	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento				

7) Assenza del care-giver (punteggio "Area condizioni familiari = 0 > di 18)	5
8) Grave difficoltà della rete familiare a soddisfare i bisogni del valutato (punteggio "Area condizioni familiari = 0 > di 16)	5
9) Espressa volontà di ricovero dell'interessato	2

Nel caso in cui siano barrati uno o più item (7,8,9) e con un punteggio totale oltre 12 (alle domande dalla 1 alla 6 relative agli item sui bisogni), verificare la reale possibilità di un progetto a domicilio.

#### 4 B. Persona valutata in struttura residenziale

B10) Ricoverato da	meno di 6 mesi	0	
	oltre 6 mesi	2	
B11) Ricovero concordato dal valutato e/o dai parenti con i servizi sociali per rispondere ad una urgenza sociale per impossibilità di rimanere a domicilio, che permane al momento della valutazione		5	
B12) Non disponibilità di uno spazio abitativo adeguato o mancanza di alternativa abitativa alla residenzialità		6	
B13) Assenza di persone che mantengano un significativo rapporto con il valutato		4	

B14) Grave difficoltà o assenza di un care-giver che permetta un progetto di domiciliarità (punteggio "Area condizioni familiari" = 0 > di 16)	8	
B15) Espressa volontà di rimanere in struttura dell'interessato	2	

Indicare il grado di copertura necessario per soddisfare i seguenti bisogni assistenziali del valutato:

BISOGNI				totale
	soddisfatto	In parte	Non soddisfatto	
1) Igiene personale e vestizione	0	1	2	
2) Somministrazioni e dei pasti	0	1	2	

Note:

---



---



---



---

Sub totale condizione assistenziale

## SINTESI VALUTAZIONE SOCIALE

### 1) condizione abitativa:

0	1 - 5	6 - 10
0	1	2

### 2) condizione economica (da valorizzare a cura di ogni Ente Gestore):

0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 9
0	1	2	3	4

### 3) condizione familiare:

0	1 - 6	7 - 12	13 - 16	17 - 20
0	1	2	3	4

### 4) condizione assistenziale:

0 - 2	3 - 7	8 - 12	13 - 17	Oltre 17
0	1	2	3	4

Totale punteggio sociale	
--------------------------	--

data, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

luogo \_\_\_\_\_

*L'Assistente Sociale referente della valutazione*

*Nome e cognome*

*Firma leggibile*

U.V.G ASL .....

## SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA

---

---

Cognome e Nome.....

### SINTESI ANAMNESTICA E CLINICA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Codice ICD IX CM patologia principale (*):
Codice ICD IX CM patologie concomitanti:
Codice ICD IX CM patologie concomitanti :
Codice ICD IX CM patologie concomitanti :
Codice ICD IX CM patologie concomitanti :
Codice ICD IX CM patologie concomitanti :

(\*) che determina la maggiore ricaduta funzionale

## INDICE DI BARTHEL\*

### SITUAZIONE FUNZIONALE

<b>ALIMENTAZIONE</b>	
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	<b>0</b>
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	<b>2</b>
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	<b>5</b>
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	<b>8</b>
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc.)	<b>10</b>
<b>BAGNO/DOCCIA-LAVARSI</b>	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatrice completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.	<b>0</b>
Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).	<b>1</b>
Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia / bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	<b>2</b>
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	<b>4</b>
Totale dipendenza nel lavarsi.	<b>5</b>
<b>IGIENE PERSONALE</b>	
Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.	<b>0</b>
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	<b>1</b>
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	<b>2</b>
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	<b>4</b>
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	<b>5</b>
<b>ABBIGLIAMENTO</b>	
Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi.	<b>0</b>
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	<b>2</b>
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	<b>5</b>
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	<b>8</b>
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	<b>10</b>
<b>CONTINENZA INTESTINALE</b>	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.	<b>0</b>
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma; occasionali perdite.	<b>2</b>

Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	<b>5</b>
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	<b>8</b>
Incontinente.	<b>10</b>
<b>CONTINENZA URINARIA</b>	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni.	<b>0</b>
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita e necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	<b>2</b>
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario l'aiuto parziale nell'uso dei dispositivi. (Ha bisogno di stimolo e supervisione).	<b>5</b>
Incontinente ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	<b>8</b>
Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi esterni o interni.	<b>10</b>
<b>USO DEL GABINETTO</b>	
Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	<b>0</b>
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	<b>2</b>
Necessita di aiuto per svestirsi / vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	<b>5</b>
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	<b>8</b>
Completamente dipendente.	<b>10</b>
<b>Totale valutazione funzionale</b>	

<b>MOBILITÀ</b>	
<b>TRASFERIMENTO LETTO - SEDIA O CARROZZINA</b> (compilare anche in caso di paziente totalmente allettato)	
È indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.	<b>0</b>
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.	<b>3</b>
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	<b>8</b>
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.	<b>12</b>
Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.	<b>15</b>
<b>DEAMBULAZIONE</b>	
In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.	<b>0</b>
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.	<b>3</b>
Necessita dell' assistenza di una persona per raggiungere gli ausili / o per la loro manipolazione. (necessita di aiuto per il cammino su terreni accidentati, ma è in grado di deambulare).	<b>8</b>
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	<b>12</b>
Non in grado di deambulare autonomamente (e se tenta, necessita di 2 assistenti).	<b>15</b>
<b>USO DELLA CARROZZINA</b> ( <i>utilizzare questo item solo se il paziente ha punteggio di 15 nell'item "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina</i> )	
Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.); l'autonomia deve essere > 50 m.	<b>10</b>
Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.	<b>11</b>
Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.	<b>12</b>
Capace di spostarsi solo per brevi tratti o su superfici piane, ma è necessaria assistenza per tutte le altre manovre.	<b>14</b>
Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	<b>15</b>
<b>SCALE</b>	
In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed in grado di portarli con sé durante la salita o discesa.	<b>0</b>
In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es: a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.).	<b>2</b>
Capace di salire / scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione e assistenza.	<b>5</b>
Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).	<b>8</b>
Incapace di salire e scendere le scale.	<b>10</b>
<b>Totale valutazione mobilità</b>	

\* Shah, S., Vanclay, F., Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8), 703-709.



Nell'allegato B della D.G.R. n. 69-481 del 2 agosto 2010 "Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto 2004 e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009" sono descritte le istruzioni per la compilazione del Barthel Index e le specifiche per vari item finalizzate ad una più precisa compilazione della scala.

Nella tabella seguente sono riportati i punteggi per la determinazione del livello di autonomia.

<b><i>BARTHEL SITUAZIONE FUNZIONALE</i></b>		
Punteggio 0-14	autonomo o quasi	<b>0</b>
Punteggio 15-49	parzialmente dipendente	<b>2</b>
Punteggio 50-60	totalmente dipendente	<b>3</b>

<b><i>BARTHEL MOBILITÀ</i></b>		
Punteggio 0-14	Si sposta da solo	<b>0</b>
Punteggio 15-29	Si sposta assistito	<b>2</b>
Punteggio 30-40	Non si sposta da solo	<b>3</b>

**I.A.D.L. (Instrumental Activities of Daily Living scale)\***

<b>A) Capacità di usare il telefono</b>				
	<b>(3)</b> Usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono e compone il numero, ecc.	<b>(2)</b> Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	<b>(1)</b> È in grado di rispondere al telefono, ma non di chiamare	<b>(0)</b> Non è capace di usare il telefono
<b>B) Movimenti per acquisti nei negozi</b>				
	<b>(3)</b> Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi	<b>(2)</b> È in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi	<b>(1)</b> Necessita di essere accompagnato per qualsiasi giro di acquisti nei negozi	<b>(0)</b> È del tutto incapace di fare acquisti nei negozi
<b>C) Mezzi di trasporto</b>				
<b>(4)</b> Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto.	<b>(3)</b> Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa i mezzi pubblici.	<b>(2)</b> Usa i mezzi pubblici se accompagnato da qualcuno.	<b>(1)</b> Può spostarsi soltanto con taxi o auto con l'assistenza di altri.	<b>(0)</b> Non si sposta per niente.
<b>D) Responsabilità nell'uso dei medicinali</b>				
		<b>(2)</b> È in grado di assumere i medicinali nelle giuste dosi al giusto tempo.	<b>(1)</b> È in grado di assumere i medicinali se preparati in anticipo in dosi separate.	<b>(0)</b> Non è in grado di assumere le medicine da solo.
<b>E) Capacità di gestire le proprie finanze</b>				
<i>Le informazioni richieste nei 5 item possono essere raccolte dal soggetto stesso, quando abbia preservato le sue funzioni cognitive, oppure dall'ambiente o dal personale di assistenza che abbia avuto modo di osservare il soggetto.</i>		<b>(2)</b> Gestisce le operazioni finanziarie indipendentemente (bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca), raccoglie e tiene nota delle entrate .	<b>(1)</b> Gestisce gli acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, gli acquisti maggiori, ecc.	<b>(0)</b> È incapace di maneggiare il denaro.

<b>RISULTATO</b>	14 - 13 -12 -11 -10	9 - 8 - 7 - 6 - 5	4 - 3 - 2 - 1 - 0
	Autonomo	Parzialmente autonomo	Non autonomo
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

\*) Modificata da: Lawton M.P., Brody E.M., Gerontologist 9, 179 - 186, 1969

**S.P.M.S.Q. (Short Portable Mental Status Questionnaire ) \***

+	-

1. Che giorno è oggi (giorno, mese, anno) ?
2. Che giorno è della settimana ?
3. Qual è il nome di questo posto ?
4. Qual è il suo numero di telefono ?  
(o indirizzo se non ha il telefono)
5. Quanti anni ha ?
6. Quando è nato ?
7. Chi è l'attuale Papa ? (o Presidente della Repubblica)
8. Chi era il Papa precedente ? (o Presidente della Repubblica)
9. Qual era il nome di sua madre prima di sposarsi ?
10. Quanto fa "20 - 3 " e ora ancora - 3 fino arrivare a 2

Registrare il numero totale di errori date come risposte alle 10 domande; sottrarre 1 errore se il soggetto ha frequentato solo le scuole elementari; aggiungere 1 errore se il soggetto ha frequentato le scuole superiori.

\* Pfeiffer E.: J. Am. Geriatr. Soc. 23, 433-441, 1975.

Nel caso il test non sia somministrabile, indicare le motivazioni :

.....  
 .....

	0 - 1 - 2 - 3 - 4	5 - 6 - 7	8 - 9 - 10
Deterioramento	assente - lieve	moderato	grave
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

## A.Di.Co. Area dei Disturbi Comportamentali

Si tratta di azioni o intenti che abbiano causato malessere/danno alla persona o che siano stati stressanti o nocivi per familiari e conviventi, personale, ospiti o altre persone.

<b>A</b>	<b>Assenza o lievi disturbi del comportamento</b>	
<b>B</b>	1. <b>Aggressività verbale</b>	
	2. <b>Pone domande ripetitivamente</b>	
	3. <b>Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto</b>	
	4. <b>Allucinazioni/deliri</b>	
<b>C</b>	5. <b>Attività motoria afinalistica (wandering, fughe)</b>	
	6. <b>Aggressività fisica</b>	
	7. <b>Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione</b>	
	8. <b>Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave</b>	
	9. <b>Rifiuto dell'assistenza</b>	
	10. <b>Comportamento alimentare gravemente alterato</b>	
<p>Si considerano presenti i disturbi comportamentali che si manifestano con frequenza giornaliera o almeno 2/3 volte a settimana e sono resistenti agli interventi di supervisione e rassicurazioni; la risposta ai farmaci è incompleta o instabile.</p> <p>Il periodo di riferimento è alle 4 settimane precedenti l'intervista.</p> <p>N.B. Ogni alterazione comportamentale indicata in B deve avere ricadute di maggiore impegno sull'assistenza da fornire al valutato, altrimenti rientrano in A come lievi disturbi del comportamento.</p>		

	<b>A</b>	<b>Qualsiasi B</b>	<b>Qualsiasi C</b>
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

In presenza di disturbi comportamentali descritti negli item dal 4 al 10 dell'A.Di.Co. deve essere somministrata la *Neuropsychiatric Inventory* di Cummings JL, Mega M, Gray K

Punteggio N.P.I.	
------------------	--

Qualora il punteggio complessivo sia eguale o maggiore a 24 o raggiunga in un singolo disturbo (ad eccezione di apatia e depressione) un punteggio non inferiore a 12 è opportuno valutare la possibilità di un Progetto di residenzialità in un Nucleo Alzheimer Temporaneo o la frequenza in un Centro Diurno Alzheimer

**Neuropsychiatric Inventory (NPI)**  
**(Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J:  
 Neurology 1994; 44:2308-2314)**

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

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

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

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

## A. Deliri

[N.A.]

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

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

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

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

### Frequenza:

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

### Gravità:

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

### Stress emotivo o psicologico:

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

## B. Allucinazioni

[N.A.]

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

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

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

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

### Frequenza:

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

### Gravità:

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

### Stress emotivo o psicologico:

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

## C. Agitazione/Aggressività

[N.A.]

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

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

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

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

### Frequenza:

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

### Gravità:

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

### Stress emotivo o psicologico:

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



## D. Depressione/Disforia

[N.A.]

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

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

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

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

### Frequenza:

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

### Gravità:

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

### Stress emotivo o psicologico:

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

## E. Ansia

[N.A.]

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

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

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

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

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

### Frequenza:

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

### Gravità

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

### Stress emotivo o psicologico:

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

## F. Esaltazione/Euforia

[N.A.]

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

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

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

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

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

### Frequenza:

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

### Gravità:

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

### Stress emotivo o psicologico:

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

## G. Apatia/Indifferenza

[N.A.]

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

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

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

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

Frequenza:

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

Gravità:

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

Stress emotivo o psicologico:

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

## H. Disinibizione

[N.A.]

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

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

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

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

### Frequenza:

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

### Gravità:

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

### Stress emotivo o psicologico:

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

## I. Irritabilità/Labilità

[N.A.]

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

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

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

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

Frequenza:

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

Gravità:

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

Stress emotivo o psicologico:

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

## J. Comportamento motorio aberrante

[N.A.]

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

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

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

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

### Frequenza:

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

### Gravità:

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

### Stress emotivo o psicologico:

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

## K. Sonno

[N.A.]

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

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

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

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

Frequenza:

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

Gravità:

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

Stress emotivo o psicologico:

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



## L. Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione

[N.A.]

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

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

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

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

### Frequenza:

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

### Gravità:

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

### Stress emotivo o psicologico:

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

## UCLA NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY

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

## D.M.I. ( Indice Medico di Non Autosufficienza ) \*

### CRITERI ASSOLUTI

È motivo di appartenenza alla categoria dei non autosufficienti per "ragioni sanitarie" il riscontro di almeno una delle seguenti situazioni:

- Grave deficit di forza e/o di movimento ad almeno due arti
- Doppia incontinenza
- Piaghe da decubito
- Gravi disturbi del linguaggio e della comunicazione
- Marcata compromissione delle capacità visive e/o uditive non correggibili con protesi
- Malattie in fase terminale (quando si prevede il decesso entro 3-6 mesi)
- Necessità di terapie multiple e complesse

### CRITERI RELATIVI

È motivo di appartenenza alla categoria dei non autosufficienti per "ragioni sanitarie" il riscontro di tre o più delle seguenti situazioni:

- Modesto deficit di forza e/o di movimento ad almeno due arti
- Incontinenza saltuaria
- Confusione temporo-spaziale episodica
- Disturbi del linguaggio e della comunicazione moderati
- Deficit sensoriali visivi e/o uditivi solo parzialmente correggibili
- Turbe vertiginose con tendenza alle cadute
- Patologie croniche di rilievo in compenso labile
- Uso obbligato ma autonomo della carrozzella

---

\* F. Fabris e Coll., Min. Med. 80, suppl. 1, 1989 (modificato).

**Punteggio 0** = nessun criterio

**Punteggio 1** = 2 criteri relativi

**Punteggio 2** = almeno 3 criteri relativi e/o almeno un criterio assoluto

	Non dipendente	Parzialmente dipendente	Dipendente per motivi sanitari
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

## CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)\*

0-4

### **Apparato cardiovascolare - respiratorio**

ACIR1 ( ) Cuore

ACIR2 ( ) Distretto vascolare (sangue, cellule e vasi sanguigni, midollo osseo, milza, tessuto linfatico)

ACIR3 ( ) Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea)

ACIR4 ( ) Apparato oculare/ORL (occhio, orecchio, naso, laringe)

### **Apparato gastrointestinale**

ACIR5 ( ) Primo tratto intestinale (esofago, stomaco, duodeno, pancreas, vie biliari)

ACIR6 ( ) Secondo tratto intestinale (intestino tenue, crasso, ernie)

ACIR7 ( ) Fegato

### **Apparato genito-urinario**

ACIR8 ( ) Rene

ACIR9 ( ) Altri organi dell'apparato genito-urinario

### **Apparato muscolo-scheletrico e tegumenti**

ACIR10 ( ) Muscoli, ossa, cute

Sistema nervoso-psiche

ACIR11 ( ) Patologia neurologica (cervello, midollo spinale, nervi periferici)

ACIR12 ( ) Patologia psichiatrica (turbe mentali)

### **Malattie sistemiche**

ACIR13 ( ) Patologia endocrino-metabolica (incluse infezioni diffuse, intossicazioni)

---

\*(LINN B.S. et al., Cumulative Illness Rating scale, J. Am. Geriatr. Soc. 1968)

## **ISTRUZIONI**

Indicare per ogni apparato il punteggio che meglio esprime il grado di lesione. Per malattie che producono lesioni a più di un apparato vanno segnalate tutte le lesioni presenti. Per esempio, un incidente cerebrovascolare acuto (acuto) può danneggiare contemporaneamente gli apparati neurologico, vascolare, muscolo scheletrico e cutaneo. Un tumore metastatizzato va segnalato sia in corrispondenza dell'apparato sede del tumore primitivo, sia nel sistema vascolare, indicando l'entità dell'interessamento linfonodale. Se un apparato è interessato da più patologie va indicato il danno totale dalle diverse patologie.

Per ogni apparato il punteggio è così attribuito:

**0 = nessuna patologia:** "nessuna lesione a carico dell'organo/apparato".

**1 = patologia lieve:** "il danno non interferisce con lo svolgimento delle normali attività; non è necessariamente richiesta terapia; la prognosi è favorevole (es. lesioni cutanee; ernie, emorroidi)".

**2 = patologie di media gravità:** "la lesione interferisce con le normali attività della vita; la terapia è necessaria; la prognosi è buona (es. calcolosi, diabete, fratture)".

**3 = patologia grave:** la lesione è invalidante; è richiesto un trattamento urgente; la prognosi è dubbia (es. carcinoma operabile,; enfisema polmonare; scompenso cardiaco)".

**4 = patologia molto grave:** "la lesione può essere fatale; è richiesto un trattamento di emergenza, oppure non è più indicato alcun trattamento; la prognosi è grave (es. infarto miocardico; ictus; emorragia intestinale; embolia)".

### Trattamenti specialistici \*

1	Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/>
2	SNG/PEG	<input type="checkbox"/>
3	Tracheostomia	<input type="checkbox"/>
4	Respiratorie/Ventilazione Assistita	<input type="checkbox"/>
5	Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/>
6	Dialisi	<input type="checkbox"/>
7	Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/>
8	Altri trattamenti specialistici	<input type="checkbox"/>
	<i>Gestione stomia (colon o altre)</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Gestione C.V.C.</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Gestione terapia con microinfusori /elastomeri</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Gestione cateterismo peridurale</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Drenaggi</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Trattamento riabilitativo post acuto</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Altro specificare</i> ..... .....	<input type="checkbox"/>

## SINTESI DI VALUTAZIONE SANITARIA

<b>Autonomia Funzionale con Barthel Index</b>	(0 - 3 punti)	
- non dipendente (punteggio 0-14)		0 punti
- punteggio Barthel 15-49		2 punti
- punteggio Barthel 50-60		3 punti

<b>Mobilità con Barthel Index</b>	(0 - 3 punti)	
- non dipendente (punteggio 0-14)		0 punti
- si sposta assistito (punteggio 15-29)		2 punti
- non si sposta da solo (punteggio 30 - 40)		3 punti

<b>IADL: attività strumentali della vita quotidiana</b>	(0 - 2 punti)	
- compromissione assente o lieve(IADL 10 - 14 )		0 punti
- compromissione moderata (IADL 5 - 9 )		1 punto
- compromissione grave (IADL 0 - 4 )		2 punti

<b>SPMSQ : grado di deterioramento mentale</b>	(0 - 2 punti )	
- deterioramento assente o lieve(SPMSQ 0 - 4 )		0 punti
- deterioramento moderato (SPMSQ 5 - 7 )		1 punto
- deterioramento grave (SPMSQ 8 - 10 )		2 punti

<b>AREA dei disturbi del comportamento (A.Di.Co.)</b>	( 0 - 2 punti)	
- A		0 punti
- qualsiasi B		1 punto
- qualsiasi C		2 punti

<b>DMI : assenza / presenza di dipendenza per motivi sanitari</b>	( 0 - 2 punti )	
- non dipendente		0 punti
- parzialmente dipendente		1 punto
- dipendente per motivi sanitari		2 punti

<b>Totale punteggio sanitario</b>	
-----------------------------------	--

<b>CIRS *</b>	<input type="checkbox"/>	Più di un 1 o solo un 2
	<input type="checkbox"/>	Più di un 2 o solo un 3
	<input type="checkbox"/>	Più di un 3 o solo un 4
<b>TRATTAMENTI SPECIALISTICI *</b>	<input type="checkbox"/>	Presenti

*\* le informazioni contenute in questi due strumenti non sono conteggiate nel punteggio sanitario e devono essere utilizzate solamente per fornire dati aggiuntivi, che permettano una definizione più completa del livello d'intensità assistenziale.*

*data*, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*luogo* \_\_\_\_\_

*Il Medico*

*Nome e cognome*

*Firma leggibile*

*L'Infermiere*

*Nome e cognome*

*Firma leggibile*

## RIEPILOGO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E SANITARIA

---

---

Cognome e Nome.....

*Prima valutazione*  *Rivalutazione*

### PUNTEGGIO PER GRADUATORIA

<b>Aspetti Sociali</b>	Punti .....
<b>Aspetti Sanitari</b>	Punti .....
<b>TOTALE</b> (intervallo 0 - 28)	Punti .....

**Conclusioni della valutazione:**

.....

.....

.....

.....

.....

### Definizione del progetto assistenziale

Assistibile

- al domicilio
- in struttura semi-residenziale Centro Diurno
- in struttura semi-residenziale Centro Diurno Alzheimer
- in struttura residenziale
- in struttura residenziale Nucleo Alzheimer Temporaneo
- in struttura residenziale per progetto temporaneo
- in RSA Aperta



Note

---

---

---

---

---

---

---

Ai sensi della D.G.R. 14-5999/2013 e' opportuno individuare un progetto residenziale quando il punteggio complessivo è pari o superiore a 19. Tale valore deriva dal punteggio massimo ottenibile con la valutazione sociale (14) a cui viene sommato il minimo punteggio sanitario (5) risultante dalla somma dei punteggi ottenuti nelle seguenti scale di valutazione : ADL (funzione +mobilità), A.Di.Co., DMI, SPSMQ., cioè da quelle scale che concorrono alla definizione dell'intensità assistenziale nella D.G.R. n. 45-4248/2012.

L'U.V.G. potrà, comunque, individuare un progetto residenziale anche per casi con punteggio inferiore a 19, dichiarando espressamente i motivi per i quali ritiene appropriato l'inserimento in struttura residenziale.

### DEFINIZIONE DEL GRADO DI PRIORITÀ

Per i soli progetti residenziali sulla base dei risultati di cui alla valutazione sopra descritta si assegna il seguente grado di priorità:

- Urgente
- Non urgente
- Differibile

Note

---

---

---

---

---

---

---

<i>I componenti dell'UVG</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Il Presidente		

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

## DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ ASSISTENZIALE DOMICILIARE

---

Cognome e Nome.....

Punteggio condizione abitativa	
Punteggio condizione familiare	
Punteggio condizione assistenziale	
Punteggio Barthel Index (funzioni+mobilità)	
Punteggio I.A.D.L.	
Punteggio S.P.M.S.Q.	
Punteggio A.Di.Co.	
Punteggio D.M.I.	
<b>Totale</b>	

**C.I.R.S.**

- Più di un 1 o solo un 2
- Più di un 2 o solo un 3
- Più di un 3 o solo un 4

Punteggio N.P.I.	
------------------	--

Presenza di Trattamenti specialistici	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti, quali quelli desunti dall'applicazione di test e scale di valutazione, in quanto questi ultimi sono strumenti di sostegno alla valutazione clinico - diagnostica della ricaduta funzionale della cronicità. L'Unità di Valutazione Geriatria ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

	5 - 9	10 - 15	Oltre 15
	Bassa intensità	Media intensità	Medio alta intensità
<b>Esito</b>			

Motivazione

.....  
.....  
.....

<i><b>I componenti dell'UVG</b></i>	<i><b>Nome e cognome</b></i>	<i><b>Firma leggibile</b></i>
Il Presidente		

Luogo e data \_\_\_\_\_

## DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ ASSISTENZIALE RESIDENZIALE (ANCHE TEMPORANEA) E RESIDENZIALITÀ IN NUCLEO ALZHEIMER TEMPORANEO

---

Cognome e Nome.....

Punteggio Barthel Index (funzioni+mobilità)	
Punteggio S.P.M.S.Q.	
Punteggio A.Di.Co.	
Punteggio D.M.I.	
<b>Totale</b>	

**C.I.R.S.**

- Più di un 1 o solo un 2
- Più di un 2 o solo un 3
- Più di un 3 o solo un 4

Punteggio N.P.I.	
------------------	--

Presenza di Trattamenti specialistici	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti, quali quelli desunti dall'applicazione solamente di test e scale di valutazione, in quanto questi ultimi sono strumenti di sostegno alla valutazione clinico - diagnostica della ricaduta funzionale della cronicità.

L'Unità di Valutazione Geriatria ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, in quelle situazioni in cui si ravvisano palesi elementi di raggiunta stabilità o presunta evoluzione di criticità e/o instabilità, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

<b>Punteggio aspetti sanitari</b>	5	6	7 - 8	9	10 - 11	12	NAT
<b>Intensità Assistenziale</b>	Bassa	Medio-bassa	Media	Medio-alta	Alta	Alta livello Increment.	
<b>Esito</b>							

Motivazione

.....  
.....  
.....  
.....

Situazione stabilizzata

Situazione non stabilizzata

<i><b>I componenti dell'UVG</b></i>	<i><b>Nome e cognome</b></i>	<i><b>Firma leggibile</b></i>
Il Presidente		

Luogo e data \_\_\_\_\_

## DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ ASSISTENZIALE RSA APERTA

---



---

Cognome e Nome.....

<b>Punteggio Barthel Index (funzioni+mobilità)</b>	
<b>Punteggio S.P.M.S.Q.</b>	
<b>Punteggio A.Di.Co.</b>	
<b>Punteggio D.M.I.</b>	
<b>Totale</b>	

**C.I.R.S.**

- Più di un 1 o solo un 2
- Più di un 2 o solo un 3
- Più di un 3 o solo un 4

Punteggio N.P.I.	
------------------	--

Presenza di Trattamenti specialistici	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti, quali quelli desunti dall'applicazione solamente di test e scale di valutazione, in quanto questi ultimi sono strumenti di sostegno alla valutazione clinico - diagnostica della ricaduta funzionale della cronicità.

L'Unità di Valutazione Geriatria ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, in quelle situazioni in cui si ravvisano palesi elementi di raggiunta stabilità o presunta evoluzione di criticità e/o instabilità, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

Punteggio aspetti sanitari	5 - 6	7 - 8	9 - 12
<b>Intensità DGR 45-4248 2012</b>	Bassa (5) / Medio-bassa (6)	Media	Medio-alta (9) / Alta (10-11) / Alta Livello Incrementato(12)
<b>Profilo di Intensità "RSA aperta"</b>	Bassa	Media	Alta
<b>Esito</b>			

Motivazione

.....

.....

.....

.....

Situazione stabilizzata

Situazione non stabilizzata

<i>I componenti dell'UVG</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Il Presidente		

Luogo e data \_\_\_\_\_



## PROGETTO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

---

---

ASL \_\_\_\_\_ Ente Gestore \_\_\_\_\_

Progetto per il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Referente per Ente Gestore \_\_\_\_\_

Referente per ASL \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Problema/i \_\_\_\_\_

Obiettivo/i: \_\_\_\_\_

Quali interventi da attuare \_\_\_\_\_

Quali figure professionali devono intervenire \_\_\_\_\_

Rivalutazione del progetto  data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

## Motivazioni

---

---

---

<i>I componenti dell'UVG</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Il Presidente		

Luogo e data \_\_\_\_\_

U.V.G ASL.....

**PROGETTO RESIDENZIALE  
(ANCHE PER RESIDENZIALITÀ TEMPORANEA  
E NUCLEO ALZHEIMER TEMPORANEO)**

---

---

(da consegnare al Presidio per la predisposizione  
del Piano Assistenziale Individuale)

ASL \_\_\_\_\_ Ente Gestore \_\_\_\_\_

Progetto per il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Referente per ASL \_\_\_\_\_

Referente per Ente Gestore \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problema/i

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Obiettivo/i \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quali interventi da attuare

\_\_\_\_\_

---

---

Quali figure professionali devono intervenire

---

---

---

Rivalutazione del progetto



data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Motivazioni

---

---

---

<i><b>I componenti dell'UVG</b></i>	<i><b>Nome e cognome</b></i>	<i><b>Firma leggibile</b></i>
Il Presidente		

Luogo e data \_\_\_\_\_

U.V.G ASL.....

## PROGETTO RESIDENZIALE RSA APERTA

---

---

(da consegnare al Presidio per la predisposizione  
del Piano Assistenziale Individuale)

ASL \_\_\_\_\_

Progetto per il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Referente per ASL \_\_\_\_\_

Referente per Ente Gestore \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problema/i

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Obiettivo/i \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quali interventi da attuare

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quali figure professionali devono intervenire

---

---

---

**Proposta** di quale figura professionale può ricoprire il ruolo di Care Manager

---

TIPOLOGIA PRESTAZIONI	Presente/non presente	NOTE
Residenzialità temporanea	<input type="checkbox"/>	
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	

Rivalutazione del progetto  data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Motivazioni

---

---

---

<i>I componenti dell'UVG</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Il Presidente		

Luogo e data \_\_\_\_\_

U.V.G ASL .....

## PROGETTO SEMIRESIDENZIALE CENTRO DIURNO

---

---

(da consegnare al Presidio erogatore per la predisposizione  
del Piano Assistenziale Individuale)

ASL \_\_\_\_\_ Ente Gestore \_\_\_\_\_

Progetto per il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ ---- \_\_\_\_\_

Referente per ASL \_\_\_\_\_

Referente per Ente Gestore \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problema/i \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Obiettivo/i \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quali interventi da attuare

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quali figure professionali devono intervenire

---

---

---

Rivalutazione del progetto

data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Motivazioni

---

---

---

<i>I componenti dell'UVG</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Il Presidente		

Luogo e data \_\_\_\_\_



U.V.G ASL .....

## PROGETTO SEMIRESIDENZIALE CENTRO DIURNO ALZHEIMER

---

---

(da consegnare al Presidio erogatore per la predisposizione  
del Piano Assistenziale Individuale)

ASL \_\_\_\_\_ Ente Gestore \_\_\_\_\_

Progetto per il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ ---- \_\_\_\_\_

Referente per ASL

---

Referente per Ente Gestore

---

Diagnosi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problema/i \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Obiettivo/i \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quali interventi da attuare

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quali figure professionali devono intervenire

---

---

---

Rivalutazione del progetto



data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Motivazioni

---

---

---

<i><b>I componenti dell'UVG</b></i>	<i><b>Nome e cognome</b></i>	<i><b>Firma leggibile</b></i>
Il Presidente		

Luogo e data \_\_\_\_\_