

S.VA.M.A. VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE

NOME: _____

DATA DI NASCITA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SEDE DI VALUTAZIONE: _____

DATA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SITUAZIONE COGNITIVA

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (barrare la casella in caso di errore)

Che giorno è oggi? (mese, giorno, anno)	1
Che giorno è della settimana?	1
Come si chiama questo posto?	1
Qual è il suo indirizzo?	1
Quanti anni ha?	1
Quando è nato?	1
Chi è il Presidente della Repubblica ? (o il Papa?)	1
Chi era il Presidente precedente? (o il Papa?)	1
Qual è il cognome da ragazza di sua madre?	1
Sottragga da 20 tre e poi ancora fino in fondo	1
TOTALE VALUTAZIONE COGNITIVA VCOG	

Nel caso il test non sia somministrabile per la gravità del deterioramento, assegnare punteggio VCOG=10.

Nel caso non sia somministrabile per altre motivazioni, indicarle di seguito, ed attribuire un punteggio esclusivamente su base clinica, eventualmente previa consulenza specialistica:

VCOG1

--

SITUAZIONE COMPORTAMENTALE NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

Fonte: coniuge / paziente / altro

Sintomi	NA	Frequenza	Gravità	Frequenza x Gravità	Stress Caregiver
Deliri	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Allucinazioni	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Agitazione/ Aggressività	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Depressione/ Disforia	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Ansia	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Euforia/ Esaltazione	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Apatia/ Indifferenza	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Disinibizione	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Irritabilità/ Labilità	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Attiv.Motoria Aberrante	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Disturbi del sonno	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Disturbi dell'alimentazione	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5

PUNTEGGIO TOTALE FREQUENZA PER GRAVITÀ / 144

PUNTEGGIO TOTALE DISAGIO PSICOLOGICO / 60

RIFERIMENTI VALUTATIVI:

Frequenza: 0=mai
 1=raramente (meno di una volta a settimana)
 2=talvolta (circa una volta a settimana)
 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)
 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)
 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)
 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Stress psicologico caregiver :0=nessuno
 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)
 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)
 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)
 4=severo (viene cumulata anche depressione)
 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

TOTALE VALUTAZIONE COMPORTAMENTALE

VCOM

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

A) **DELIRI** (1) (NA) _____

L'anziano crede cose che non sono vere? Per esempio insiste sul fatto che qualcuno sta cercando di fargli male o di rubargli qualcosa? Dice che i componenti della famiglia non sono che 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 alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

	Frequenza	Gravità
1. L'anziano crede di essere in pericolo o che qualcuno voglia fargli male?	_____	_____
2. L'anziano crede che qualcuno lo stia derubando?	_____	_____
3. L'anziano crede che il/la proprio/a marito/moglie lo tradisca?	_____	_____
4. L'anziano crede che ospiti indesiderati vivano nella sua casa?	_____	_____
5. L'anziano crede che il/la proprio/a marito/moglie od altre persone non siano in realtà chi dicono di essere?	_____	_____
6. L'anziano creda che la propria abitazione non sia casa propria?	_____	_____
7. L'anziano crede che i familiari vogliano abbandonarlo?	_____	_____
8. L'anziano crede che le immagini della televisione o delle fotografie delle riviste siano realmente presenti in casa ? (Cerca di interagire con esse)?	_____	_____
9. L'anziano crede altre cose insolite di cui non le ho chiesto?	_____	_____
Punteggio totale (frequenza x gravità)	_____ / 12	
Punteggio totale (disagio psicologico)	_____ / 5	

Frequenza: 0=mai
 1=raramente (meno di una volta a settimana)
 2=talvolta (circa una volta a settimana)
 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)
 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)
 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)
 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno
 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)
 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)
 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)
 4=severo (viene cumulata anche depressione)
 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

I commenti di questa voce e di quelle seguenti sono adattati da "La demenza. Strumenti e metodi di valutazione." di A. Bianchetti, T. Metitieri e M. Trabucchi; ed. UTET Periodici, 2001.

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

B) ALLUCINAZIONI (NA) _____

L'anziano 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 l'anziano presenta la percezione non normale di suoni o visioni.

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)
 SI (procedere con le seguenti domande)

	Frequenza	Gravità
1. L'anziano dice di sentire delle voci o si comporta come se le sentisse?	_____	_____
2. L'anziano parla con le persone che non sono presenti?	_____	_____
3. L'anziano riferisce di vedere cose che altri non vedono o si comporta come se vedesse cose che gli altri non vedono (persone, animali, luci ecc.)	_____	_____
4. L'anziano dice di sentire odori che gli altri non sentono?	_____	_____
5. L'anziano riferisce di sentire cose che strisciano o lo toccano sulla pelle?	_____	_____
6. L'anziano riferisce di percepire sapori senza una causa nota?	_____	_____
7. L'anziano riferisce altre esperienze sensoriali insolite?	_____	_____
 Punteggio totale (frequenza x gravità)	 _____ / 12	
Punteggio totale (disagio psicologico)	_____ / 5	

Frequenza: 0=mai
 1=raramente (meno di una volta a settimana)
 2=talvolta (circa una volta a settimana)
 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)
 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)
 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)
 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno
 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)
 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)
 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)
 4=severo (viene cumulata anche depressione)
 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

C) **AGITAZIONE / AGGRESSIVITA'** (NA) _____

L'anziano ha periodi durante i quali rifiuta di collaborare o durante i quali non si lascia aiutare dagli altri? E' difficile da gestire?

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

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

Punteggio totale (frequenza x gravità) _____ / 12

Punteggio totale (disagio psicologico) _____ / 5

Frequenza: 0=mai
 1=raramente (meno di una volta a settimana)
 2=talvolta (circa una volta a settimana)
 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)
 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)
 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)
 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno
 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)
 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)
 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)
 4=severo (viene cumulata anche depressione)
 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

D) DEPRESSIONE / DISFORIA (NA) _____

L'anziano sembra essere triste o depresso? Dice di sentirsi triste e depresso?

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

	Frequenza	Gravità
1. L'anziano ha periodi di malinconia o di pianto che sembrano indicare tristezza?	_____	_____
2. L'anziano parla o si comporta come se fosse triste o giù di corda?	_____	_____
3. L'anziano si abbatte o dice di sentirsi un fallito?	_____	_____
4. L'anziano dice di essere una persona cattiva o si aspetta di essere punito?	_____	_____
1. L'anziano sembra essere molto scoraggiato o dice di non avere speranza per il futuro?	_____	_____
2. L'anziano dice di essere un peso per la propria famiglia o che la propria famiglia starebbe meglio senza di lui?	_____	_____
7. L'anziano dice di desiderare la morte o di volersi uccidere?	_____	_____
8. L'anziano presenta altri segni di depressione o tristezza?	_____	_____
 Punteggio totale (frequenza x gravità)	 _____ / 12	
Punteggio totale (disagio psicologico)	_____ / 5	

Frequenza: 0=mai
 1=raramente (meno di una volta a settimana)
 2=talvolta (circa una volta a settimana)
 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)
 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)
 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)
 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno
 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)
 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)
 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)
 4=severo (viene cumulata anche depressione)
 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

E) **ANSIA** (NA) _____

L'anziano è molto nervoso, allarmato, spaventato senza veri motivi? Sembra molto teso o agitato? E' impaurito dal rimanere lontano da voi?

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

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

Punteggio totale (frequenza x gravità) _____ / 12

Punteggio totale (disagio psicologico) _____ / 5

Frequenza: 0=mai
 1=raramente (meno di una volta a settimana)
 2=talvolta (circa una volta a settimana)
 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)
 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)
 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)
 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno
 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)
 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)
 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)
 4=severo (viene cumulata anche depressione)
 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

F) EUFORIA / ESALTAZIONE (NA) _____

L'anziano è eccessivamente felice o allegro senza motivo? Non si intende la normale felicità mostrata alla vista di amici, quando si ricevono i regali o quando si sta con i parenti; vi sto chiedendo se il paziente ha un persistente e anormale stato di euforia o se trova ridicole cose che gli altri non trovano divertenti.

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

	Frequenza	Gravità
1. L'anziano sembra sentirsi eccessivamente bene o essere troppo felice. in modo differente dal solito?	_____	_____
2. L'anziano trova ridicole e ride per cose che gli altri non ritengono spiritose?	_____	_____
3. L'anziano ha un senso dell'umorismo da bambino con la tendenza a ridacchiare o ridere quando non è il caso (es., quando qualche contrattempo colpisce altre persone)?	_____	_____
4. L'anziano fa scherzi o compie osservazioni che sono poco spiritose ma che lui pensa divertenti?	_____	_____
5. L'anziano compie scherzi come dare pizzicotti oppure fa giochetti solo per divertimento?	_____	_____
6. L'anziano si vanta o dice di essere molto più bravo o più ricco di quanto sia veramente?	_____	_____
7. L'anziano mostra altri segni che indicano che si sente troppo bene o troppo felice?	_____	_____
Punteggio totale (frequenza x gravità)	_____ / 12	
Punteggio totale (disagio psicologico)	_____ / 5	

Frequenza: 0=mai
 1=raramente (meno di una volta a settimana)
 2=talvolta (circa una volta a settimana)
 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)
 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)
 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)
 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno
 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)
 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)
 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)
 4=severo (viene cumulata anche depressione)
 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

G) **APATIA / INDIFFERENZA** (NA) _____

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

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)
 SI (procedere con le seguenti domande)

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

Punteggio totale (frequenza x gravità) _____ / 12
 Punteggio totale (disagio psicologico) _____ / 5

Frequenza: 0=mai
 1=raramente (meno di una volta a settimana)
 2=talvolta (circa una volta a settimana)
 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)
 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)
 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)
 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno
 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)
 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)
 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)
 4=severo (viene cumulata anche depressione)
 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

H) DISINIBIZIONE

L'anziano sembra agire impulsivamente? Fa o dice cose che di solito non fa o non dicembre in pubblico? Fa cose imbarazzanti per voi o per gli altri?

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

	Frequenza	Gravità
1. L'anziano agisce impulsivamente, apparentemente senza considerare le conseguenze?	_____	_____
2. L'anziano parla a estranei come se li conoscesse?	_____	_____
3. L'anziano dice cose inoffensive o irrispettose?	_____	_____
4. L'anziano dice cose volgari o fa apprezzamenti sessuali che di solito non faceva?	_____	_____
5. L'anziano parla apertamente di cose private di cui di solito non discuteva in pubblico?	_____	_____
6. L'anziano si prende delle libertà oppure tocca o abbraccia altre persone in modo diverso dal solito comportamento?	_____	_____
7. L'anziano mostra altri segni di disinibizione?	_____	_____
Punteggio totale (frequenza x gravità)	_____ / 12	
Punteggio totale (disagio psicologico)	_____ / 5	

Frequenza: 0=mai
 1=raramente (meno di una volta a settimana)
 2=talvolta (circa una volta a settimana)
 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)
 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)
 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)
 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno
 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)
 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)
 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)
 4=severo (viene cumulata anche depressione)
 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

I) **IRRITABILITA' / LABILITA'** (NA) _____

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

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)
 SI (procedere con le seguenti domande)

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

Punteggio totale (frequenza x gravità) _____ / 12
 Punteggio totale (disagio psicologico) _____ / 5

Frequenza: 0=mai
 1=raramente (meno di una volta a settimana)
 2=talvolta (circa una volta a settimana)
 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)
 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)
 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)
 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno
 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)
 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)
 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)
 4=severo (viene cumulata anche depressione)
 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

L) **ATTIVITA' MOTORIA ABERRANTE** (NA) _____

L'anziano continua a camminare, fare o rifare 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 alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

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

Punteggio totale (frequenza x gravità) _____ / 12

Punteggio totale (disagio psicologico) _____ / 5

Frequenza: 0=mai
 1=raramente (meno di una volta a settimana)
 2=talvolta (circa una volta a settimana)
 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)
 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)
 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)
 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno
 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)
 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)
 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)
 4=severo (viene cumulata anche depressione)
 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

M) **DISTURBI DEL SONNO** (NA) _____

L'anziano 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 andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente).

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)
 SI (procedere con le seguenti domande)

	Frequenza	Gravità
1. L'anziano presenta difficoltà di addormentamento?	_____	_____
2. L'anziano si alza spesso durante la notte? (Non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente).	_____	_____
3. L'anziano vaga per la casa o svolge attività inopportune?	_____	_____
4. L'anziano disturba i familiari e li tiene svegli?	_____	_____
5. L'anziano il paziente si veste e vuole uscire di casa credendo che si mattina?	_____	_____
6. L'anziano si sveglia molto presto al mattino? (rispetto alle sue abitudini)	_____	_____
7. L'anziano dorme eccessivamente durante il giorno?	_____	_____
8. L'anziano presenta altri disturbi notturni che provocano fastidio e che non ho nominato?	_____	_____

Punteggio totale (frequenza x gravità) _____ / 12
 Punteggio totale (disagio psicologico) _____ / 5

Frequenza: 0=mai
 1=raramente (meno di una volta a settimana)
 2=talvolta (circa una volta a settimana)
 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)
 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)
 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)
 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno
 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)
 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)
 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)
 4=severo (viene cumulata anche depressione)
 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

N)DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE (NA) _____

L'anziano presenta disturbi dell'alimentazione come alterazioni dell'appetito, alterazioni delle abitudini o delle preferenze alimentari ? ha subito variazioni di peso? (non si include l'incapacità ad alimentarsi).

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

	Frequenza	Gravità
1. L'anziano presenta perdita dell'appetito?	_____	_____
2. L'anziano presenta aumento dell'appetito?	_____	_____
3. L'anziano presenta diminuzione di peso?	_____	_____
4. L'anziano presenta aumento di peso?	_____	_____
5. L'anziano ha cambiato le sue abitudini alimentari (mangia voracemente)?	_____	_____
6. L'anziano presenta cambiamenti di gusto riguardo a tipi di cibo che gli piacevano (es., mangia molti alimenti dolci o preferisce un cibo particolare)?	_____	_____
7.. L'anziano ha sviluppato specifiche abitudini, come mangiare sempre le stese cose ogni giorno e sempre nello stesso ordine?	_____	_____
8. L'anziano presenta altri disturbi dell'appetito o dell'alimentazione che non le ho nominato?	_____	_____

Punteggio totale (frequenza x gravità) _____ / 12

Punteggio totale (disagio psicologico) _____ / 5

Frequenza: 0=mai
 1=raramente (meno di una volta a settimana)
 2=talvolta (circa una volta a settimana)
 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)
 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)
 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)
 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno
 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)
 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)
 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)
 4=severo (viene cumulata anche depressione)
 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

**EVENTUALI PROVVEDIMENTI
PER PROBLEMI COMPORTAMENTALI**

Nel caso i problemi prevalenti siano quelli comportamentali (ad esempio: pericolo di fuga, aggressività fisica verso gli altri), specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

Nel caso si tratti di soggetti psicogeriatrici, specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

SITUAZIONE FUNZIONALE

INDICE DI BARTHEL - Attività di Base

ALIMENTAZIONE

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.	0
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.	2
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	8
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc).	10

BAGNO/DOCCIA (lavarsi)

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.	0
Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).	1
Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Totale dipendenza nel lavarsi.	5

IGIENE PERSONALE

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.	0
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	1
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	5

ABBIGLIAMENTO

Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi.	0
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	2
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	5
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	8
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	10

CONTINENZA INTESTINALE

Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.	0
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma; occasionali perdite.	2
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.	5
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	8
Incontinente.	10

CONTINENZA URINARIA

Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni.	0
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	2
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.	5
Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	8
Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni.	10

USO DEL GABINETTO	
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 la padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	0
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	2
Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	8
Completamente dipendente.	10
TOTALE VALUTAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)	VADL

MOBILITA' INDICE DI BARTHEL	
TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA o CARROZZINA (compilare anche in caso di paziente totalmente allettato)	
E' 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.	0
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.	3
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	7
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.	12
Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.	15
DEAMBULAZIONE (funzionalmente valida)	USO DELLA CARROZZINA (utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina)
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.	0
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.	3
Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione.	7
	Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.) L'autonomia deve essere > 50 m.
	Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.
	Capace di spostarsi per brevi tratti su superfici piane, ma è necessaria assistenza per tutte le altre manovre.
Non in grado di deambulare autonomamente.	Dipendente negli spostamenti con la carrozzina
	10
	11
	12
	14
	15
SCALE	
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 è in grado di portarli con sé durante la salita o discesa.	0
In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.)	2
Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza.	5
Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).	8
Incapace di salire e scendere le scale.	10
TOTALE VALUTAZIONE MOBILITA'	
VMOB	

PREVENZIONE – TRATTAMENTO DECUBITI		VPIA
rischio non elevato di lesioni da decubito		0
rischio elevato (*Exton Smith ≤ 10) o arrossamento o abrasione superficiale (gradi I-II)		10
*Indice di Exton Smith per la valutazione del rischio di decubiti:		
CONDIZIONI GENERALI: Buone (4) Discrete (3) Scadenti (2) Pessime (1)		
STATO MENTALE: Lucido (4) Confuso (3) Apatico (2) Stuporoso (1)		
ATTIVITA': Normale (4) Cammina con aiuto (3) Costretto in sedia (2) Costretto a letto (1)		
MOBILITA': Normale (4) Leggermente limitata (3) Molto limitata (2) Immobile (1)		
INCONTINENZA: No (4) Occasionale (3) Urinaria abituale (2) Incontinenza doppia (1)		
TOTALE (il rischio è elevato se l'indice è ≤ 10):		
presenza di 1 piaga (con interessamento del tessuto sottocutaneo - gradi III - IV)		15
presenza di 2 o più piaghe (almeno 2 con interessamento del sottocutaneo - gradi III-IV)		25

Rischio infettivo¹	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
--------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

NOTE:

COMPILATORE
nome: _____ firma: _____

¹ Utilizzare quando il paziente necessita di assistenza specifica per prevenire il rischio di contagio (devono essere adottate misure assistenziali specifiche per prevenire che il paziente contagi altre persone, o per prevenire che venga contagiato, in caso di immunodepressione).