

PERCORSO DI SCELTA DEL TRATTAMENTO DIALITICO

PAZIENTE

NOME E COGNOME _____ CODICE _____

DATA DI NASCITA _____

GENERE ☐ MASCHIO ☐ FEMMINA

REFERRAL ☐ EARLY (≥ 3 MESI) ☐ LATE (< 3 MESI)

PAZIENTE SOTTOPOSTO A VALUTAZIONE PREDIALISI

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SI VISITA DOMICILIARE 1° (data) _____ | <input type="checkbox"/> NO, PERCHE' LATE REFERRAL |
| <input type="checkbox"/> SI VISITA DOMICILIARE 2° (data) _____ | <input type="checkbox"/> NO, PERCHE' RIFIUTA |
| <input type="checkbox"/> SI VISITA DOMICILIARE 3° (data) _____ | <input type="checkbox"/> NO, ALTRO _____ |

CONCLUSIONI

CONTRO-INDICAZIONI E INDICAZIONI ALLA DP

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ▪ CONTROINDICAZIONI CLINICHE | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ CONTROINDICAZIONI SOCIO-AMBIENTALI | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ INDICAZIONI CLINICHE | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

COMPLESSITA' CLINICA CON NECESSITA' DI INTENSO FOLLOW UP ☐ SI ☐ NO

DISTANZA E/O DIFFICOLTA' DI ACCESSO AL CENTRO ☐ SI ☐ NO

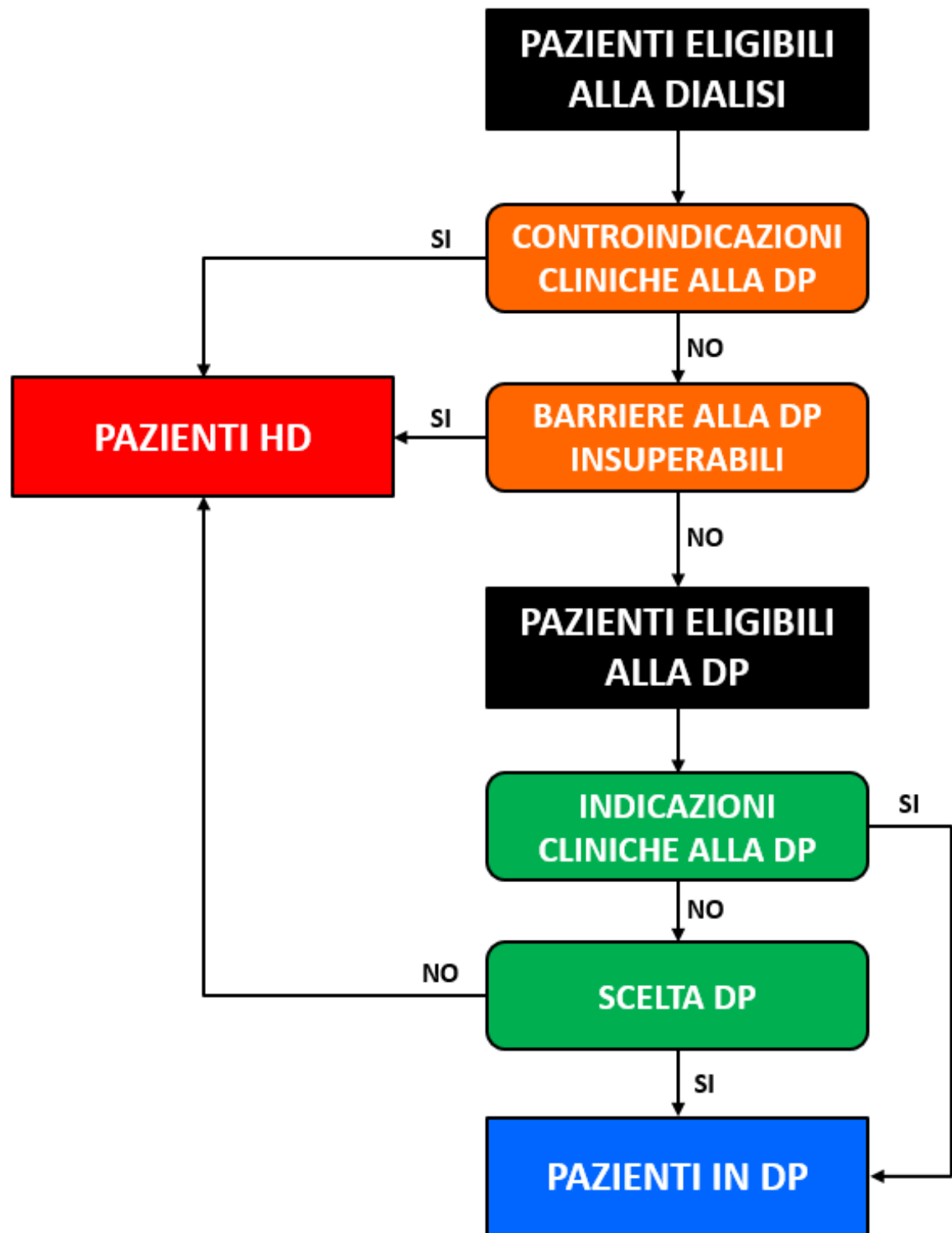
PRESENZA DI BARRIERE (SUPERABILI) ALLA DP

- | | | |
|----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ▪ SOCIALI | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ FISICHE | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ COGNITIVE | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ PSICOLOGICHE | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

INDICE

CONTROINDICAZIONI CLINICHE ALLA DP	DATA _____	PAG. 4
INDICAZIONI CLINICHE ALLA DP	DATA _____	PAG. 5
VALUTAZIONE SOCIALI E AMBIENTALI (S.A.) ALLA DP	DATA _____	PAG. 5
<ul style="list-style-type: none">▪ BARRIERE S.A. INSUPERABILI▪ ISTRUZIONE - ATTIVITA' LAVORATIVA – ALTRE ATTIVITA'▪ SITUAZIONE FAMILIARE E DISPONIBILITA' DI PARTNER▪ ABITAZIONE		
COMPLESSITA' CLINICA	DATA _____	PAG. 8
<ul style="list-style-type: none">▪ NECESSITA' DI FOLLOW-UP INTENSO▪ CHARLSON COMORBILITY INDEX		
COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	DATA _____	PAG. 9
<ul style="list-style-type: none">▪ ADL▪ IADL▪ VALUTAZIONE INFERMIERISTICA		
VALUTAZIONE ATTITUDINALE - COGNITVA - PSICOLOGICA	DATA _____	PAG. 10
<ul style="list-style-type: none">▪ BARRIERE FISICHE▪ BARRIERE COGNITIVE▪ GESTIONE DELLA SALUTE - COMPLIANCE▪ BARRIERE PSICOLOGICHE		
SCELTA TRATTAMENTO DIALITICO	DATA _____	PAG. 14
<ul style="list-style-type: none">▪ MOTIVAZIONI▪ NOTE DEL VALUTATORE▪ LA SCELTA DEL PAZIENTE		
ALLEGATI		PAG. 17
<ul style="list-style-type: none">▪ TEST▪ SCHEDE RACCOLTA DATI SCELTA DP ASSISTITA		

NB. LA DATA SI RIFERISCE ALLA CONCLUSIONE DI TUTTA LA VALUTAZIONE DEL CAPITOLO



CONTROINDICAZIONI CLINICHE ALLA DP

CONTROINDICAZIONI CLINICHE A DP

☐ SI ☐ NO

ADDOME IMPRATICABILE

- ☐ STOMIE INTESTINALI
- ☐ ESTROFIA VESCICALE
- ☐ ERNIE / LAPAROCELI NON TRATTABILI
- ☐ ADERENZE / PREGRESSI INTERVENTI / INTESTINO CORTO
- ☐ ALTRO _____

RISCHIO INFETTIVO

- ☐ DIVERTICOLITI
- ☐ MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI
- ☐ MALATTIE DIFFUSE DELLA CUTE
- ☐ IMMUNOSOPPRESSIONE / IMMUNODEPRESSIONE
- ☐ ALTRO _____

RISCHIO MECCANICO

- ☐ INSUFFICIENZA RESPIRATORIA
- ☐ INGOMBRO ADDOMINALE
- ☐ PARETE ADDOMINALE DEBOLE / SFORZI ECCESSIVI
- ☐ ALTRO _____

RISCHIO MALFUNZIONAMENTO / UFF / UREMIA

- ☐ PREGRESSI INTERVENTI
- ☐ ADERENZE
- ☐ DIMENSIONI CORPOREE ESTREME
- ☐ ALTRO _____

RISCHIO MALFUNZIONAMENTO / RISCHIO METABOLICO

- ☐ OBESITA' BMI _____
- ☐ MALNUTRIZIONE
- ☐ ALTRO _____

INDICAZIONI CLINICHE ALLA DP

INDICAZIONI CLINICHE A DP

☐ SI ☐ NO

- ☐ ACCESSO VASCOLARE CON VASI NATIVI IMPRATICABILE
- ☐ INSTABILITA' EMODINAMICA
- ☐ ASCITE
- ☐ INTOLLERANZA FISICA AL TRASPORTO (cinetosi et c)
- ☐ ALTRO _____

VALUTAZIONE SOCIALE E AMBIENTALE (S.A.) ALLA DP

BARRIERE S.A. INSUPERABILI

☐ SI ☐ NO

- ☐ SENZA FISSA DIMORA
- ☐ DEGRADO SOCIO-AMBIENTALE
- ☐ DIPENDENZA
- ☐ PROBLEMI PSICHIATRICI
- ☐ ALTRO _____

ISTRUZIONE - ATTIVITA' LAVORATIVA – ALTRE ATTIVITA'

ISTRUZIONE

- ☐ NESSUNA
- ☐ < ELEMENTARE
- ☐ ELEMENTARE
- ☐ MEDIA INFER.
- ☐ PROFESSIONALE
- ☐ MEDIA SUPERIORE
- ☐ LAUREA

ATTIVITA' LAVORATIVA

- ☐ OCCUPATO
- ☐ DISOCCUPATO
- ☐ PENSIONATO

ALTRE ATTIVITA'

- ☐ IMPEGNI SOCIALI _____
- ☐ HOBBIES _____
- ☐ ALTRO _____

SITUAZIONE FAMILIARE E DISPONIBILITA' DI PARTNER

STATO CIVILE

- ☐ CELIBE/NUBILE
- ☐ CONIUGATO/A
- ☐ VEDOVO/A
- ☐ ALTRO

STRUTTURA FAMILIARE

- ☐ CONIUGE
- ☐ FIGLI numero _____
- ☐ ALTRI _____

CONVIVENZA E SUPPORTO ASSISTENZIALE

CONVIVENZA

SUPPORTO ASSISTENZIALE

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> CONIUGE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> FIGLI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> BADANTE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> AMICI – ALTRI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> RSA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> SOLO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CAREGIVERS POSSIBILI PER LA DP

CAREGIVER (1)	ETA' (anni)	CONVIVENTE (si-no)	LAVORO (2)	DISPONIBILITA' (3)

Legenda

1. **Tipo:** indicare in quale delle seguenti possibilità rientra il caregiver

- familiare/parente (specificare il grado di parentela)
- amico, volontari
- badanti
- infermiera
- RSA

2. **Lavoro:** SI/NO a seconda che il caregiver abbia un lavoro oppure NO

3. **Disponibilità:**

- Parziale: se il possibile caregiver può coprire solo parte della procedura dialitica o solo per alcuni giorni
- Totale: se il possibile caregiver può coprire tutta la procedura dialitica e per tutti i giorni

ABITAZIONE

AREA

- ☐ URBANA
- ☐ AGRICOLA

DISTANZA DAL CENTRO

Km _____

DIFFICOLTA' D'ACCESSO AL CENTRO DIALISI

- ☐ SI
 - ☐ PERCORSO (per difficoltà e/o durata)
 - ☐ MEZZI DI TRASPORTO (disponibilità e/o costi)
 - ☐ TOLLERANZA INDIVIDUALE (cinetosi e altro)
 - ☐ ALLETTAMENTO
- ☐ NO

TIPO

- ☐ ISOLATA
- ☐ A SCHIERA
- ☐ CONDOMINIO
- ☐ PIANO (seminterrato = -1; terra = 0) numero _____

ASCENSORE

☐ SI ☐ NO

IGIENE

- ☐ BUONA
- ☐ DISCRETA
- ☐ SCARSA
- ☐ PESSIMA

SPAZIO PER LA DP

- ☐ ASSENTE
- ☐ IDONEO
- ☐ PARZIALMENTE IDONEO
 - ☐ SPAZIO
 - ☐ ILLUMINAZIONE
 - ☐ DEPOSITO MATERIALE
 - ☐ BARRIERE
 - ☐ ALTRO _____

DEPOSITO MATERIALE

- ☐ IDONEO
- ☐ NON IDONEO
 - ☐ SPAZIO
 - ☐ TEMPERATURA
 - ☐ UMIDITA'

CONNETTIVITA'

- ☐ TEST 3G – 4G Ping _____ Download _____ Upload _____
Piano _____ Luogo _____
Note _____
- ☐ WIFI TEST Ping _____ Download _____ Upload _____

COMPLESSITA' CLINICA

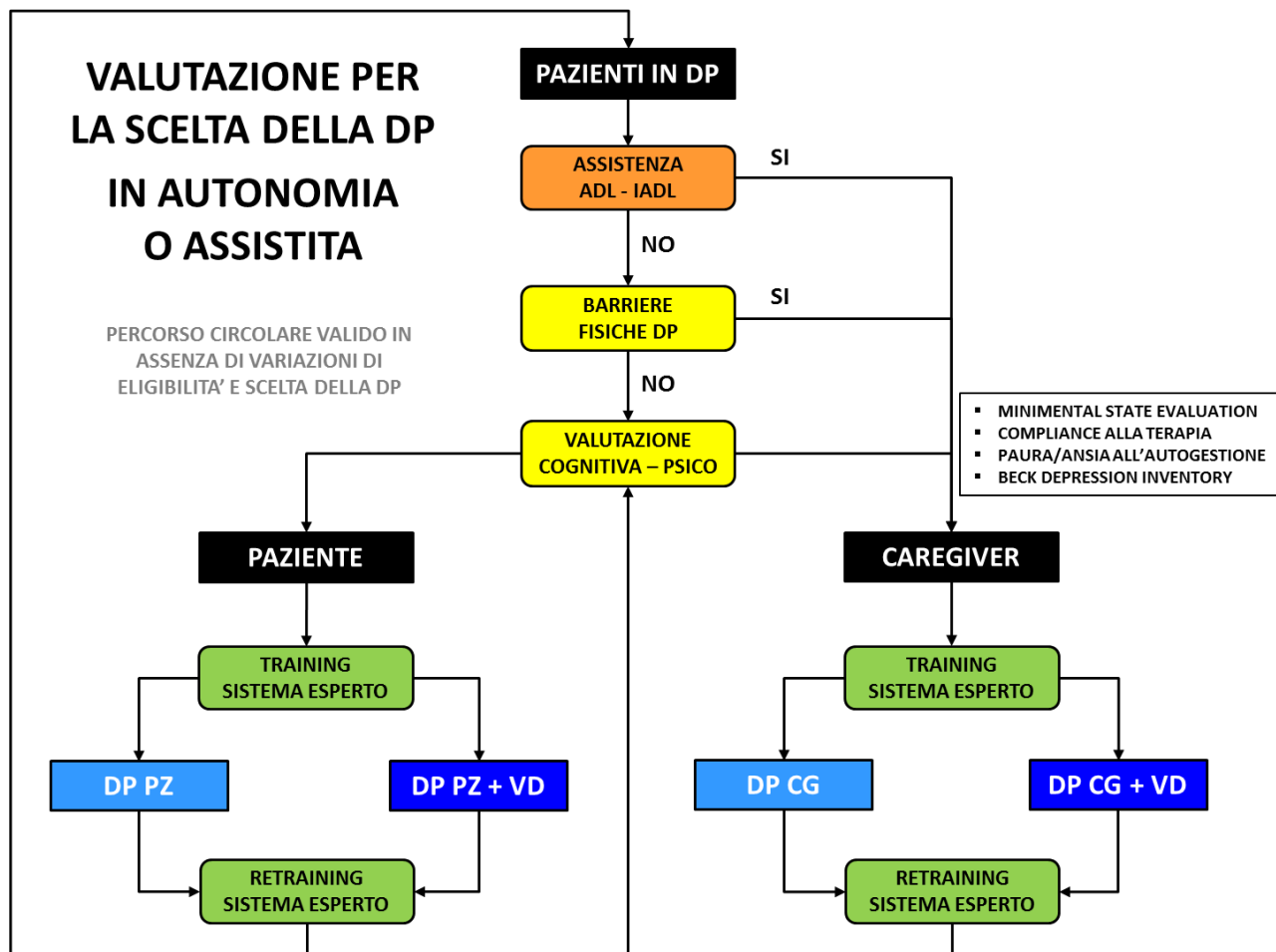
NECESSITA' DI FOLLOW UP INTENSO

☐ SI☐ NO

SPECIFICARE IL TIPO DI PATOLOGIA _____

CHARLSON COMORBILITY INDEX

SCORE _____



COMPLESSITA' ASSISTENZIALE

ACTIVITY DAILY LIVING

SCORE _____

DIPENDENZA _____

INSTRUMENTAL ACTIVITIES DAILY LIVING

SCORE _____

DIPENDENZA _____

COMPLESSITA' ASSISTENZIALE: VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

- NECESSITA' DI ASSISTENZA PER MOTIVI NON DIALITICI

☐ NO

☐ SI Tipo Assistenza _____

VALUTAZIONE ATTITUDINALE - COGNITIVA - PSICOLOGICA

BARRIERE FISICHE

VISTA

- PROBLEMI (VITA QUOTIDIANA) DA SCARSO VISUS? ☐ SI ☐ NO
- OCCHIALI ☐ SI ☐ NO
- CECITA' ☐ SI ☐ NO

UDITO

- PROBLEMI (VITA QUOTIDIANA) DA SCARSO UDITO? ☐ SI ☐ NO
- PROTESI ACUSTICA ☐ SI ☐ NO

DESTREZZA MANUALE

DESTREZZA	SI	NO
1. Il paziente ha tremori alle mani?		
2. Il paziente è in grado di mettere il tappino al miniset ?		
3. Il paziente è in grado di togliere il tappino dal miniset ?		
4. Il paziente è in grado di aprire il miniset?		
5. Il paziente è in grado di chiudere il miniset?		
6. Il paziente è in grado di aprire e chiudere le clamps per CAPD?		
7. Il paziente è in grado di aprire e chiudere le clamps per APD?		

FORZA

FORZA	SI	NO
1. Il paziente è in grado di aprire l'involucro della sacca di ico?		
2. Il paziente è in grado di miscelare la sacca di Fixioneal (APD)?		
3. Il paziente è in grado di sollevare una sacca da 2 litri?		
4. Il paziente è in grado di sollevare una sacca da 5 litri?		

BARRIERE FISICHE: VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

- BARRIERE FISICHE ALLA DP
 - ☐ NO
 - ☐ SI - SUPERABILI CON LA VD
 - ☐ SI - INSUPERABILI CON LA VD

BARRIERE COGNITIVE

LINGUAGGIO

- MADRELINGUA ITALIANA ☐ SI ☐ NO
- COMPRENSIONE ITALIANO
 - PARLATO ☐ SI ☐ NO
 - SCRITTO ☐ SI ☐ NO
- DISTURBI NEUROLOGICI DEL LINGUAGGIO ☐ SI ☐ NO

COMPRENSIONE - MEMORIA - ATTENZIONE (MMSE)

- ACCETTA DI ESEGUIRE IL TEST ☐ SI ☐ NO
- ORIENTAMENTO
 - TEMPORALE SCORE _____
 - SPAZIALE SCORE _____
- MEMORIA
 - REGISTRAZIONE SCORE _____
 - RIEVOCAZIONE SCORE _____
- ATTENZIONE E CALCOLO SCORE _____
- COMPRENSIONE ED ESECUZIONE – IL LINGUAGGIO
 - DENOMINAZIONE SCORE _____
 - RIPETIZIONE / ARTICOLAZIONE SCORE _____
 - COMPRENSIONE SCORE _____
 - LETTURA SCORE _____
 - SCRITTURA SCORE _____
- COMPRENSIONE ED ESECUZIONE – IL DISEGNO SCORE _____

Note

- Se lo score di orientamento è 0 il test non è applicabile
- Le prove di registrazione e di rievocazione (MEMORIA) sono separate da quella di attenzione e calcolo

COMPRENSIONE - MEMORIA - ATTENZIONE: VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

- BARRIERE COGNITIVE ALLA DP
 - ☐ NO
 - ☐ SI - SUPERABILI CON LA VD
 - ☐ SI - INSUPERABILI CON LA VD

GESTIONE DELLA SALUTE - COMPLIANCE

▪ DIPENDENZE

☐ FUMO

SIGARETTE / DIE _____

☐ ALCOL

BICCHIERI / DIE _____

▪ IGIENE PERSONALE

☐ BUONA

☐ DISCRETA

☐ SCARSA

☐ ASSENTE

▪ TERAPIA FARMACOLOGICA

○ ASSUNZIONE

☐ AUTONOMIA

☐ DIPENDENZA PARZIALE

CAREGIVER _____

☐ DIPENDENZA TOTALE

CAREGIVER _____

○ COMPLIANCE ALLA PRESCRIZIONE: TIPO

☐ SI

☐ NO - VOLONTARIA

☐ NO - COGNITIVA

☐ NO - MISTA

☐ NON VALUTABILE

○ COMPLIANCE ALLA PRESCRIZIONE: GRADO

☐ SI

☐ NO - SUPERABILI CON LA VD / MEMOTERAPIA

☐ NO - SUPERABILE CON CAREGIVER

☐ NO - INSUPERABILE

▪ COMPLIANCE DIETA

○ DIETA

☐ NO

☐ SI

○ TIPO

○ ADESIONE ALLE PRESCRIZIONI ALIMENTARI

☐ BUONA

☐ DISCRETA

☐ SCARSA

☐ ASSENTE

BARRIERE PSICOLOGICHE

PAURA / ANSIA ALL'AUTOGESTIONE

Esprimi un giudizio da 1 (nessuna importanza) a 5 (massima importanza)

Paura di non essere in grado di fare la dialisi peritoneale da solo	
Paura di non essere abbastanza curato o seguito	
Paura dell'isolamento	
SCORE TOTALE	

PAURA / ANSIA ALL'AUTOGESTIONE: VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

- BARRIERE PSICOLOGICHE ALLA DP – PAURA - ANSIA
 - ☐ NO
 - ☐ SI - SUPERABILI CON LA VD
 - ☐ SI - INSUPERABILI CON LA VD

DEPRESSIONE

- DEPRESSIONE IN TRATTAMENTO ☐ SI ☐ NO
- BECK DEPRESSION INVENTORY II
SCORE _____ GRADO DI DEPRESSIONE _____

DEPRESSIONE: VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

- ACCETTA DI ESEGUIRE IL TEST ☐ SI ☐ NO
- BARRIERE PSICOLOGICHE ALLA DP - DEPRESSIONE
 - ☐ NO
 - ☐ SI - SUPERABILI CON LA VD
 - ☐ SI - INSUPERABILI CON LA VD

INSONNIA

- RIPOSO – DURATA
 - NOTTE DA _____ A _____ TOT ORE _____
 - GIORNO DA _____ A _____ TOT ORE _____
- RIPOSO – QUALITA' VISSUTA DAL PAZIENTE
 - DURATA DEL SONNO ADEGUATA? ☐ SI ☐ NO
 - QUALITA' DEL SONNO ADEGUATA? ☐ SI ☐ NO
 - SI SENTE ENERGICO AL RISVEGLIO? ☐ SI ☐ NO
- ASSUNZIONE DI FARMACI OD ALTRI SUPPORTI PER DORMIRE ☐ SI ☐ NO

SCELTA DEL TRATTAMENTO DIALITICO

MOTIVAZIONI

Importanza dei seguenti fattori nella scelta del trattamento dialitico (1 = nessuna – 5 = massima)

LIBERTA'

	1	2	3	4	5
▪ dalle prescrizioni dietetiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ di viaggiare e spostarmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ di andare in vacanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ di avere tempo libero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTERFERENZA DELLA DIALISI CON

▪ la mia vita in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ la mia famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ il lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ le mie attività non lavorative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTONOMIA / CONTROLLO

▪ coinvolgimento diretto nella cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ridurre la dipendenza da medici/infermieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ rimanere al mio domicilio, nel mio ambiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIAGGI ED ORARI

▪ ridurre i tempi per il viaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ flessibilità degli orari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PAURE E TIMORI

▪ paura dell'isolamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ di non essere in grado di fare la dialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ di non essere abbastanza curato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FATTORI SPECIFICI LEGATI AI TRATTAMENTI

▪ fastidio per il sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ avere tubi in addome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ paura delle infezioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ paura degli aghi e delle punture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ avere acqua in addome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ paura di non riuscire a dormire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OPINIONE E CONSIGLI DI

▪ medico / infermiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ coniuge / figli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ altri dializzati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ televisione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ materiale scritto / altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTE DEL VALUTATORE

SCELTA FINALE DEL PAZIENTE

DATA _____

- ☐ EMODIALISI IN CENTRO
- ☐ DIALISI PERITONEALE

☐ CAPD ☐ APD

☐ AUTONOMO

☐ AUTONOMO CON VD

☐ DP ASSISTITA CON VD

☐ DP ASSISTITA FAMILIARE/BADANTE

☐ DP CON IP

☐ DP IN RSA

VALUTAZIONE DEI PAZIENTI PER NECESSITA' DI DP ASSISTITA

pagine

RILIEVI EFFETTUATI	SI	NO	INDICE	NOTE
COMPLESSITA' CLINICA E ASSISTENZIALE				
NECESSITA' DI FOLLOW-UP INTENSO				
CONDIZIONI CLINICHE (CHARLSON COMORBIDITY INDEX)				
ACTIVITY DAILY LIVING (BARTEL)				
INSTRUMENTAL ACTIVITY DAILY LIVING (LAWTON)				
NECESSITA' DI ASSISTENZA PER MOTIVI NON DIALITICI				
VALUTAZIONE SOCIALE E AMBIENTALE				
SITUAZIONE FAMILIARE E DISPONIBILITA' DI PARTNER				
IGIENE				
DIFFICOLTA' DI ACCESSO AL CENTRO (CINETOSI - ALLETTAMENTO)				
AREA DI ABITAZIONE E DISTANZA (KM)				
BARRIERE FISICHE				
VISTA				
UDITO				
DESTREZZA MANUALE				
FORZA FISICA				
BARRIERE FISICHE ALLA DP (VAL. INF.)				
BARRIERE COGNITIVE				
COMPRESIONE/MEMORIA/ATTENZIONE (MMSE)				
BARRIERE COGNITIVE ALLA DP (VAL. INF.)				
COMPLIANCE ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA: (VEDI GRADO)				
BARRIERE PSICOLOGICHE				
PAURA / ANSIA ALL'AUTOGESTIONE (TEST)				
BARRIERA PSICOLOGICA ALLA DP: PAURA/ANSIA (VAL. INF.)				
DEPRESSIONE (Beck Depression Inventory II)				
BARRIERA PSICOLOGICA ALLA DP: DEPRESSIONE (VAL. INF.)				

CHARLSON COMORBIDITY INDEX

PATOLOGIE		A	B	SCORE
CARDIO VASCOLARE	IMA		1	
	Insufficienza Cardiaca Congestizia		1	
	Malattia Vascolare Periferica		1	
RESPIRATORIO	Malattia Polmonare Cronica		1	
DIGERENTE	Ulcera peptica		1	
	Epatite cronica - cirrosi senza ipertensione portale		1	
	Epatopatia severa		3	
S.N.C.	Malattia cerebro-vascolare (passati TIA)		1	
	Emiplegia		2	
	Demenza		1	
SANGUE IMMUNITA'	Connettiviti		1	
	Linfoma		2	
	Leucemia		2	
	AIDS conclamato		6	
DIABETE	DM senza complicanze		1	
	DM con complicanze		2	
NEOPLASIE	Senza MTS (<5 anni, trattato)		2	
	Con MTS		6	
RENE	Moderata o severa IR		2	
ETA'	1 punto per decade sopra 40 anni			
	TOTALE			

LEGENDA

1. in colonna A riportare 1 se la condizione è presente e 0 se assente
2. lo score per ciascuna condizione viene calcolato moltiplicando 1 il numero riportato nella colonna A per il valore unitario (il peso di ciascuna condizione)

Il punteggio finale del CCI è dato dalla somma dei valori riportati nella colonna (A x B) a cui si deve aggiungere il valore di 1 per ciascuna decade dopo i 40 anni

ACTIVITY DAILY LIVING

INDICE DI BARTHEL MODIFICATO

CONTINENZA

CONTINENZA INTESTINALE	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.	10
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, e ha occasionali perdite.	8
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.	2
Incontinente.	0
CONTINENZA URINARIA	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con dispositivi esterni o interni.	10
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.	8
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario l'aiuto parziale nell'uso dei dispositivi. (Ha bisogno di stimolo e supervisione).	5
Incontinente ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	2
Incontinente o catetere a dimora (<u>sottolineare la voce che interessa</u>). Dipendente per l'applicazione di dispositivi esterni o interni, per il cambio del sacchetto.	0

AUTONOMIA – SITUAZIONE FUNZIONALE

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.	10
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.	8
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.	5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	2
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc.).	0
BAGNO/DOCCIA-LAVARSI	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.	5
Necessità di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).	4
Necessità di aiuto per il trasferimento nella doccia / bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	3
Necessità di aiuto per tutte le operazioni.	1
Totale dipendenza nel lavarsi.	0

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.	5
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	4
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	0
ABBIGLIAMENTO	
Capace di indossare, togliere, e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi.	10
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	8
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	5
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	2
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	0
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 padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	10
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	8
Necessita di aiuto per svestirsi / vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	2
Completamente dipendente.	0

AUTONOMIA – MOBILITA’

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.	15
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.	12
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	8
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.	3
Non collabora al trasferimento. Necessarie 2 persone per trasferire l'anziano con o senza sollevatore meccanico.	0

DEAMBULAZIONE	
In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi sn, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.	15
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia << 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.	12
Necessita di 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 Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione di deambulare).	8
Necessità della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	3
Non in grado di deambulare autonomamente (e se tenta, necessita di 2 assistenti).	0
USO DELLA CARROZZINA	
<i>utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 0 nella scala "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 metri.	5
Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.	4
Necessaria presenza e assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, a letto...	3
Capace di spostarsi solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre.	1
Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	0
SCALE	
In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare il corrimano, bastone o stampelle se necessario, e in grado di portarli con se durante la salita o discesa	10
In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.).	8
Capace di salire / scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione e assistenza.	5
Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).	2
Incapace di salire e scendere le scale.	0

TOTALE PUNTEGGIO _____

GRADO DI DIPENDENZA _____

LEGENDA

CATEGORIE	SCORE	DIPENDENZA
1	0-24	TOTALE
2	25-49	SEVERA
3	50-74	MODERATA
4	75-90	LIEVE
5	91-99	MINIMA
	100	ASSENTE

INSTRUMENTAL ACTIVITIES DAILY LIVING

ATTIVITA'	SCORE	DESCRIZIONE
TELEFONO	1	Usa il telefono di propria iniziativa Compone solo alcuni numeri ben conosciuti Risponde ma non è capace di comporre il numero
	0	Non risponde al telefono
	NA	Non applicabile
FARE ACQUISTI	1	Fa tutte le proprie spese senza aiuto
	0	Fa piccoli acquisti senza aiuto Ha bisogno di essere accompagnato Completamente incapace di fare
	NA	Non applicabile
PREPARAZIONE DEI PASTI	1	Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati
	0	Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti Scalda/serve pasti preparati o prepara cibi ma non tiene dieta adeguata Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti
	NA	Non applicabile
GOVERNO DELLA CASA	1	Mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza (aiuto lavori pesanti) Esegue compiti quotidiani leggeri ma non mantiene un accettabile livello di pulizia della casa
	0	Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa Non partecipa a nessuna operazione di governo della
	NA	Non applicabile
MEZZI DI TRASPORTO	1	Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato
	0	Può spostarsi solo con taxi o auto e con assistenza Non si sposta per niente
	NA	Non applicabile
BIANCHERIA	1	Fa il bucato personalmente e completamente Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)
	0	Tutta la biancheria deve essere lavata da altri
	NA	Non applicabile
TERAPIA FARMACI	1	Prende le medicine che gli sono state prescritte
	0	Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate Non è in grado di prendere le medicine da solo
	NA	Non applicabile
GESTIONE FINANZE	1	Maneggia le proprie finanze in modo indipendente E' in grado di fare piccoli acquisti
	0	E' incapace di maneggiare i soldi
	NA	Non applicabile

Totale funzioni conservate ____/8 (se femmina)

Totale funzioni conservate ____/5 (se maschio)

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

MINIMENTAL STATE EXAMINATION

ORIENTAMENTO		
TEMPORALE		
	CORRETTO	SCORRETTO
ANNO		
STAGIONE		
MESE		
GIORNO DEL MESE		
GIORNO SETTIMANA		
MAX 5 PUNTI		
SPAZIALE		
	CORRETTO	SCORRETTO
STATO		
REGIONE		
CITTA'		
LUOGO		
PIANO		
MAX 5 PUNTI		

2. REGISTRAZIONE		
NUMERO TENTATIVI []		
	CORRETTO	SCORRETTO
CASA		
PANE		
GATTO		
MAX 3 PUNTI		

3. ATTENZIONE E CALCOLO		
CARNE (E-N-R-A-C)		
OPPURE		
100-7 (5 VOLTE) 93-86-79-72-65		
	CORRETTO	SCORRETTO
MAX 5 PUNTI		

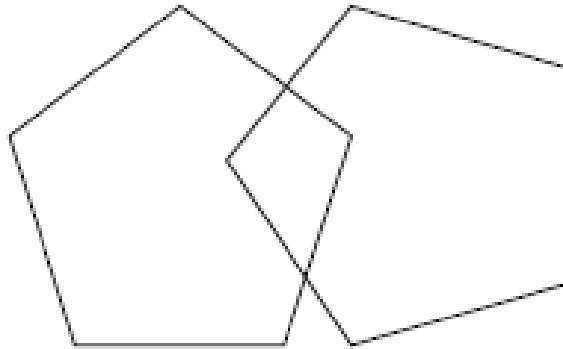
4. RIEVOCAZIONE		
	CORRETTO	SCORRETTO
CASA		
PANE		
GATTO		
MAX 3 PUNTI		

5. LINGUAGGIO		
	CORRETTO	SCORRETTO
MATITA		
OROLOGIO		
MAX 2 PUNTI		
"Non c'è se né ma che tenga"		
<i>Oppure (ma dimezzando il punteggio)</i>		
"Tigre contro tigre"		
MAX 1 PUNTO		
PRENDERE UN FOGLIO		
PIEGARLO A METÀ		
BUTTARLO A TERRA		
MAX 3 PUNTI		
FRASE (SOGG + VERBO)		
MAX 1 PUNTO		
CHIUDA GLI OCCHI		
MAX 1 PUNTO		

6. PRASSIA COSTRUTTIVA		
	CORRETTO	SCORRETTO
COPIA IL DISEGNO		
MAX 1 PUNTO		

CORREZIONE				
Età	Scolarità (in anni)			
	0-4	5-7	8-12	13-17
65-69	+0.4	-1.1	-2.0	-2.8
70-74	+0.7	-0.7	-1.6	-2.3
75-79	+1.0	-0.3	-1.0	-1.7
80-84	+1.5	+0.4	-0.3	-0.9
85-89	+2.2	+1.4	+0.8	+0.3

CHIUDA GLI OCCHI



MINI MENTAL STATE EXAMINATION - ISTRUZIONI

Il MMSE è un test ampiamente utilizzato nella pratica clinica della valutazione delle funzioni cognitive dei soggetti anziani.

E' un test di facile e rapida somministrazione, è attendibile nel determinare il grado del deficit cognitivo e nel monitorarne la progressione in condizioni di demenza.

E' composto da 30 item, in parte verbali, in parte di performance, che esplorano orientamento spazio temporale, memoria a breve termine, attenzione, calcolo mentale, linguaggio (nelle componenti di comprensione, ripetizione, denominazione, lettura e scrittura), prassia costruttiva.

Range del punteggio: **0-30**

TABELLA DI CORREZIONE

	SCOLARITA' (in anni)			
	0 - 4	5 - 7	8 - 12	13 - 17
ETA'				
65 – 69	+ 0,4	- 1,1	- 2,0	- 2,8
70 – 74	+ 0,7	- 0,7	- 1,6	- 2,3
75 – 79	+ 1,0	- 0,3	- 1,0	- 1,7
80 – 84	+ 1,5	+ 0,4	- 0,3	- 0,9
85 - 89	+ 2,2	+ 1,4	+ 0,8	+ 0,3

La tabella di correzione **non** si applica né per **età <65 aa e >89 aa**, né per **scolarità > 17 aa**, né per un **punteggio 30/30**.

Ripartizione della gradualità di deterioramento mediante il punteggio al test:

30-24 Nessuna compromissione

24-20 Sospetta compromissione

19-17 Compromissione lieve

16-10 Compromissione moderata

09-00 Compromissione grave

MATERIALE OCCORRENTE PER IL TEST

- Protocollo del test
- Orologio da polso
- Matita e gomma

PROCEDURE DI SOMMINISTRAZIONE E PUNTEGGI

1. ORIENTAMENTO

Orientamento Temporale

Item: Si chiede al soggetto quanto indicato nel protocollo.

Proporre la domanda nel modo più naturale possibile (l'ordine delle domande è libero). Sono ammesse ripetizioni o un aiuto (scelta multipla o esemplificazione) ogni qualvolta il soggetto sembri non capire la domanda o avere grosse difficoltà nel trovare le parole giuste. Le risposte devono essere precise.

Punteggio: 1 punto per ogni risposta esatta.

Range: 0-5

Orientamento Spaziale

Item: Si chiede al soggetto quanto indicato nel protocollo.

Proporre la domanda nel modo più naturale possibile (l'ordine delle domande è libero). Sono ammesse ripetizioni o un aiuto (scelta multipla o esemplificazione) ogni qualvolta il soggetto sembri non capire la domanda o avere grosse difficoltà nel trovare le parole giuste. Sono accettabili sinonimi o parti per un tutto (es: ambulatorio per ospedale).

Punteggio: 1 punto per ogni risposta esatta.

Range: 0-5

2. REGISTRAZIONE

Item: Informare il soggetto che si farà una prova di memoria intenzionale.

Pronunciare le tre parole (casa, pane, gatto) con un intervallo di 1 sec. fra un nome e l'altro e con l'intonazione come se dopo la terza ci fosse un'altra parola. Si chiede di ripetere le parole. Se il soggetto non è in grado di ripeterle tutte al primo tentativo, ripeterglielo nuovamente finché non le abbia imparate. Si registra sul protocollo il numero di tentativi fatti dal soggetto per ripetere correttamente le tre parole.

Punteggio: 1 punto per ogni nome correttamente pronunciato dopo la prima ripetizione.

Range: 0-3

3. ATTENZIONE E CALCOLO (sistema esecutivo centrale, componente della working memory)

3a) Si chiede al soggetto di fare delle sottrazioni di 7 partendo da 100. Fermarlo dopo 5 sottrazioni. E' permessa **una sola ripetizione** dell'istruzione dopo la prima risposta (93). Per ogni ulteriore ripetizione dell'istruzione o per l'oblio del risultato dell'ultima sottrazione si assegna un punteggio pari a 0, anche se la sua risposta è corretta. Se il soggetto non è in grado di eseguire la prova per **discalculia**, aspettare un tempo sufficiente prima di passare alla prova successiva distraendolo e assegnare 0 come punteggio.

3b) Nel caso il punteggio alla prova di calcolo fosse < 4, invitare il soggetto a scandire in avanti la parola CARNE. Solo se esegue correttamente senza aiuto, si chiede di fare lo spelling al contrario (scandire al contrario) la parola CARNE: "Qual è l'ultima lettera della parola CARNE? E prima di quella cosa c'è?". Per ogni ulteriore aiuto anche se la risposta è corretta assegnare 0 come punteggio.

Punteggio: 1 punto per ogni sottrazione corretta (anche se la precedente è sbagliata) o scansione esatta. Si considera la prova (sottrazione o scansione al contrario) in cui il soggetto ha ottenuto il punteggio più alto.

Range: 0-5

4. RIEVOCAZIONE

Item: Si chiede di ricordare le tre parole (casa, pane, gatto) precedentemente ripetute.

Punteggio: 1 punto per ogni parola ripetuta correttamente.

Range: 0-3

5. LINGUAGGIO

Denominazione

Item: Si chiede al soggetto di denominare ciascuno dei due oggetti (matita e orologio) dopo averglieli mostrati. Non sono accettabili circonlocuzioni, mentre lo sono i termini dialettali precisi. Non è permesso alcun tipo di aiuto. Il soggetto se lo desidera può prendere l'oggetto in mano.

Punteggio: 1 punto per ogni corretta denominazione.

Range: 0-2

Ripetizione

Item: Si chiede al soggetto di ripetere la frase "Non c'è se né ma che tenga". Se il soggetto non riesce a ripetere questa frase si chiede di ripetere la frase più semplice "Tigre contro tigre". E' permesso un solo tentativo di ripetizione.

Punteggio: 1 punto per la ripetizione della frase "Non c'è se né ma che tenga"; 0,5 punti per la ripetizione di "Tigre contro tigre".

Range: 0-1

Comprensione

Item: Si dice al soggetto di stare molto attento poiché dovrà fare esattamente quello che gli viene chiesto e il comando non potrà essere ripetuto. Si chiede al soggetto di eseguire tre ordini (si leggono uno di seguito all'altro). Presentare il foglio di fronte al malato. Gli ordini sono i seguenti:

1. Prendere il foglio con la mano destra
2. Piegarlo a metà (precisare con tutte e due le mani se il soggetto cerca di farlo SOLO con la destra)
3. Buttare a terra il foglio

Punteggio: 1 punto per ogni corretta esecuzione.

Range: 0-3

Lettura (comprensione scritta)

Item: Si chiede al soggetto di leggere la frase (CHIUDA GLI OCCHI) e di eseguire ciò che la frase enuncia. La lettura può essere a voce alta o no). Se ha letto male invitarlo a rileggerla.

Punteggio: 1 punto se l'ordine viene eseguito correttamente.

Range: 0-1

Scrittura

Item: Si chiede al soggetto scrivere una frase qualsiasi sulla parte del foglio con le righe. Si specifica che deve essere una frase e non una parola.

Punteggio: 1 punto se la frase è corretta sintatticamente e se si comprende il suo significato, nonostante errori di ortografia.

Range: 0-1

6. PRASSIA COSTRUTTIVA

Prassia costruttiva

Item: Si chiede al soggetto di disegnare la figura geometrica (intersezione di 2 pentagoni) rappresentata nel protocollo.

Punteggio:

- 1 punto = la copia è perfetta: tutte le linee del modello sono presenti, non ne è aggiunta neppure una e la disposizione delle singole parti di ciascun disegno è corretta.
- 0,5 punti = la copia è parzialmente difettosa, ma non fino al punto da impedire l'identificazione del modello o almeno di sue parti.
- 0 punti = la riproduzione è irriconoscibile, tale da impedire ad un'osservazione che non conosce il modello di identificarlo, oppure è presente il closing-in (il soggetto segue il contorno della figura da copiare)

Range: 0-1

BECK DEPRESSION INVENTORY II

Istruzioni per la compilazione (illustrare o consegnare al paziente)

Il presente questionario consiste di 21 gruppi di affermazioni.

Per favore legga attentamente le affermazioni di ciascun gruppo.

Per ogni gruppo scelga quella che meglio descrive come Lei si è sentito nelle **ultime due settimane (incluso oggi)**.

Faccia una crocetta sul numero corrispondente all'affermazione da Lei scelta.

Se più di una affermazione dello stesso gruppo descrive ugualmente bene come Lei si sente, faccia una crocetta sul numero più elevato per quel gruppo.

Non scelga più di una affermazione per ciascun gruppo, incluse la domanda 16 ("Sonno") e la domanda 18 ("Appetito").

È importante che non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non si soffermi troppo su ogni affermazione: la prima risposta è spesso la più accurata. Grazie.

01 – TRISTEZZA

0	Non mi sento triste.
1	Mi sento triste per la maggior parte del tempo.
2	Mi sento sempre triste.
3	Mi sento così triste o infelice da non poterlo sopportare.

02 - PESSIMISMO

0	Non sono scoraggiato riguardo al mio futuro.
1	Mi sento più scoraggiato riguardo al mio. Futuro rispetto al solito.
2	Non mi aspetto nulla di buono per me.
3	Sento che il mio futuro è senza speranza e che continuerà a peggiorare.

03 – FALLIMENTO

0	Non mi sento un fallito.
1	Ho fallito più di quanto avrei dovuto.
2	Se ripenso alla mia vita riesco a vedere solo una serie di fallimenti.
3	Ho la sensazione di essere un fallimento totale come persona.

04 – PERDITA DI PIACERE

0	Traggo lo stesso piacere di sempre dalle cose che faccio.
1	Non traggo più piacere dalle cose come un tempo.
2	Traggo molto poco piacere dalle cose che di solito mi divertivano.
3	Non riesco a trarre alcun piacere dalle cose che una volta mi piacevano.

05 – SENSO DI COLPA

0	Non mi sento particolarmente in colpa.
1	Mi sento in colpa per molte cose che ho fatto o che avrei dovuto fare.
2	Mi sento molto spesso in colpa.
3	Mi sento sempre in colpa.

06 – SENTIMENTI DI PUNIZIONE	
0	Non mi sento come se stessi subendo una punizione.
1	Sento che potrei essere punito.
2	Mi aspetto di essere punito.
3	Mi sento come se stessi subendo una punizione.

07 - AUTOSTIMA	
0	Considero me stesso come ho sempre fatto.
1	Credo meno in me stesso.
2	Sono deluso di me stesso.
3	Mi detesto.

08 - AUTOCRITICA	
0	Non mi critico né mi biasimo più del solito.
1	Mi critico più spesso del solito.
2	Mi critico per tutte le mie colpe.
3	Mi biasimo per ogni cosa brutta che mi accade.

09 - SUICIDIO	
0	Non ho alcun pensiero suicida.
1	Ho pensieri suicidi ma non li realizzerei.
2	Sento che starei meglio se morissi.
3	Se mi si presentasse l'occasione, non esiterei ad uccidermi.

10 - PIANTO	
0	Non piango più del solito.
1	Piango più del solito.
2	Piango per ogni minima cosa.
3	Ho spesso voglia di piangere ma non ci riesco.

11 - AGITAZIONE	
0	Non mi sento più agitato o teso del solito.
1	Mi sento più agitato o teso del solito.
2	Sono così nervoso o agitato al punto che mi è difficile rimanere fermo.
3	Sono così nervoso o agitato che devo continuare a muovermi o fare qualcosa.

12 – PERDITA DI INTERESSI	
0	Non ho perso interesse verso le altre persone o verso le attività.
1	Sono meno interessato agli altri o alle cose rispetto a prima.
2	Ho perso la maggior parte dell'interesse verso le altre persone o cose.
3	Mi risulta difficile interessarmi a qualsiasi cosa.

13 – INDECISIONE	
0	Prendo decisioni come sempre.
1	Trovo più difficoltà del solito nel prendere decisioni.
2	Ho molte più difficoltà nel prendere decisioni rispetto al solito.
3	Non riesco a prendere nessuna decisione.

14 – SENSO DI INUTILITA'	
0	Non mi sento inutile.
1	Non mi sento valido e utile come un tempo.
2	Mi sento più inutile delle altre persone.
3	Mi sento completamente inutile. su qualsiasi cosa.

15 – PERDITA DI ENERGIA	
0	Ho la stessa energia di sempre.
1	Ho meno energia del solito.
2	Non ho energia sufficiente per fare la maggior parte delle cose.
3	Ho così poca energia che non riesco a fare nulla.

16 – SONNO	
0	Non ho notato alcun cambiamento nel mio modo di dormire.
1A	Dormo un po' più del solito.
1B	Dormo un po' meno del solito.
2A	Dormo molto più del solito.
2B	Dormo molto meno del solito.
3A	Dormo quasi tutto il giorno.
3B	Mi sveglio 1-2 ore prima e non riesco a riaddormentarmi.

17 – IRRITABILITA'	
0	Non sono più irritabile del solito.
1	Sono più irritabile del solito.
2	Sono molto più irritabile del solito.
3	Sono sempre irritabile.

18 – APPETITO	
0	Non ho notato alcun cambiamento nel mio appetito.
1A	Il mio appetito è un po' diminuito rispetto al solito.
1B	Il mio appetito è un po' aumentato rispetto al solito.
2A	Il mio appetito è molto diminuito rispetto al solito.
2B	Il mio appetito è molto aumentato rispetto al solito.
3A	Non ho per niente appetito.
3B	Mangerei in qualsiasi momento.

19 – CONCENTRAZIONE	
0	Riesco a concentrarmi come sempre.
1	Non riesco a concentrarmi come al solito.
2	Trovo difficile concentrarmi per molto tempo
3	Non riesco a concentrarmi su nulla.

20 – FATICA	
0	Non sono più stanco o affaticato del solito.
1	Mi stanco e mi affatico più facilmente del solito.
2	Sono così stanco e affaticato che non riesco a fare molte delle cose che facevo prima.
3	Sono talmente stanco e affaticato che non riesco più a fare nessuna delle cose che facevo prima.

21 – SESSO	
0	Non ho notato alcun cambiamento recente nel mio interesse verso il sesso.
1	Sono meno interessato al sesso rispetto a prima.
2	Ora sono molto meno interessato al sesso.
3	Ho completamente perso l'interesse verso il sesso.

BECK DEPRESSION INVENTORY II - ISTRUZIONI

Il test, che valuta l'entità della componente depressiva, può essere compilato a domicilio oppure in Ospedale e le spiegazioni fornite al bisogno dagli operatori sanitari.

Punti fondamentali del test sono:

1. l'**UNICITA'** della risposta,
2. i sentimenti descritti dal paziente devono essere riferiti **ALLE ULTIME DUE SETTIMANE**.
3. raccomandare al paziente di **NON STARE A PENSARE TROPPO** alle risposte.

DETERMINAZIONE DEL PUNTEGGIO

Sommare i punteggi ottenuti ai 21 item (ogni item ha un punteggio da 0 a 3)

Le risposte a e b ottengono lo stesso punteggio (ad esempio 1a e 1b valgono sempre 1).

INTERPRETAZIONE DEL TEST

Punteggi	00-10	normale;
Punteggi	11-16	lieve alterazione dell'umore;
Punteggi	17-20	depressione borderline;
Punteggi	21-30	depressione di grado moderato;
Punteggi	31- 40	depressione di grado severo.
Punteggi	> 40	depressione estrema

La necessità di ricorrere allo specialista psichiatra in caso di punteggi elevati deve essere valutata dal curante.

PERCORSO DI SCELTA DEL TRATTAMENTO DIALITICO

CAREGIVER

INDICE

CARATTERISTICHE GENERALI

DATA _____ PAG. 32

- ETA' – GENERE – TIPO
- DISPONIBILITA'
- ISTRUZIONE - ATTIVITA' LAVORATIVA – ALTRE ATTIVITA'

COMPLESSITA' ASSISTENZIALE

DATA _____ PAG. 33

- ADL
- IADL

VALUTAZIONE ATTITUDINALE - COGNITVA - PSICOLOGICA

DATA _____ PAG. 33

- BARRIERE FISICHE
- COMPLIANCE – GESTIONE DELLA SALUTE
- BARRIERE COGNITIVE
- BARRIERE PSICOLOGICHE

ALLEGATI

PAG. 37

- TEST
- SCHEDE RACCOLTA DATI SCELTA DP ASSISTITA

NB. LA DATA SI RIFERISCE ALLA CONCLUSIONE DI TUTTA LA VALUTAZIONE DEL CAPITOLO

CARATTERISTICHE GENERALI

NOME E COGNOME _____ CODICE _____

DATA DI NASCITA _____

GENERE ☐ MASCHIO ☐ FEMMINA

TIPO

- ☐ FAMILIARE/PARENTE
- ☐ AMICO/VOLONTARIO
- ☐ BADANTE
- ☐ INFERMIERA/OSS
- ☐ RSA

DISPONIBILITA'

- ☐ PARZIALE
- ☐ TOTALE

NOTA: Parziale: se caregiver può coprire solo parte della procedura dialitica o solo per alcuni giorni

Totale: se il possibile caregiver può coprire tutta la procedura dialitica e per tutti i giorni

ISTRUZIONE

- ☐ NESSUNA
- ☐ < ELEMENTARE
- ☐ ELEMENTARE
- ☐ MEDIA INFER.
- ☐ PROFESSIONALE
- ☐ MEDIA SUPERIORE
- ☐ LAUREA

ATTIVITA' LAVORATIVA

- ☐ OCCUPATO
- ☐ DISOCCUPATO
- ☐ PENSIONATO

ALTRE ATTIVITA'

- ☐ IMPEGNI SOCIALI _____
- ☐ HOBBIES _____
- ☐ ALTRO _____

COMPLESSITA' ASSISTENZIALE

ACTIVITY DAILY LIVING

SCORE _____

DIPENDENZA _____

INSTRUMENTAL ACTIVITIES DAILY LIVING

SCORE _____

DIPENDENZA _____

VALUTAZIONE ATTITUDINALE - COGNITIVA - PSICOLOGICA

BARRIERE FISICHE

VISTA

- PROBLEMI (VITA QUOTIDIANA) DA SCARSO VISUS? ☐ SI ☐ NO
- OCCHIALI ☐ SI ☐ NO
- CECITA' ☐ SI ☐ NO

UDITO

- PROBLEMI (VITA QUOTIDIANA) DA SCARSO UDITO? ☐ SI ☐ NO
- PROTESI ACUSTICA ☐ SI ☐ NO

DESTREZZA MANUALE

DESTREZZA	SI	NO
8. Il paziente ha tremori alle mani?		
9. Il paziente è in grado di mettere il tappino al miniset ?		
10. Il paziente è in grado di togliere il tappino dal miniset ?		
11. Il paziente è in grado di aprire il miniset?		
12. Il paziente è in grado di chiudere il miniset?		
13. Il paziente è in grado di aprire e chiudere le clamps per CAPD?		
14. Il paziente è in grado di aprire e chiudere le clamps per APD?		

FORZA

FORZA	SI	NO
5. Il paziente è in grado di aprire l'involucro della sacca di ico?		
6. Il paziente è in grado di miscelare la sacca di Fixioneal (APD)?		
7. Il paziente è in grado di sollevare una sacca da 2 litri?		
8. Il paziente è in grado di sollevare una sacca da 5 litri?		

BARRIERE FISICHE: VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

- BARRIERE FISICHE ALLA DP
 - ☐ NO
 - ☐ SI - SUPERABILI CON LA VD

BARRIERE COGNITIVE

LINGUAGGIO

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ▪ MADRELINGUA ITALIANA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ COMPrensione ITALIANO | | |
| ○ PARLATO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ○ SCRITTO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ DISTURBI NEUROLOGICI DEL LINGUAGGIO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

COMPrensione - MEMORIA - ATTENZIONE (MMSE)

- | | |
|--|-------------|
| ▪ ORIENTAMENTO | |
| ○ TEMPORALE | SCORE _____ |
| ○ SPAZIALE | SCORE _____ |
| ▪ MEMORIA | |
| ○ REGISTRAZIONE | SCORE _____ |
| ○ RIEVOCAZIONE | SCORE _____ |
| ▪ ATTENZIONE E CALCOLO | SCORE _____ |
| ▪ COMPrensione ED ESECUZIONE – IL LINGUAGGIO | |
| ○ DENOMINAZIONE | SCORE _____ |
| ○ RIPETIZIONE / ARTICOLAZIONE | SCORE _____ |
| ○ COMPrensione | SCORE _____ |
| ○ LETTURA | SCORE _____ |
| ○ SCRITTURA | SCORE _____ |
| ▪ COMPrensione ED ESECUZIONE – IL DISEGNO | SCORE _____ |

Note

- Se lo score di orientamento è 0 il test non è applicabile
- Le prove di registrazione e di rievocazione (MEMORIA) sono separate da quella di attenzione e calcolo

COMPrensione - MEMORIA - ATTENZIONE: VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

- BARRIERE COGNITIVE ALLA DP
 - ☐ NO
 - ☐ SI - SUPERABILI CON LA VD

GESTIONE DELLA SALUTE - COMPLIANCE

▪ DIPENDENZE

☐ FUMO

SIGARETTE / DIE _____

☐ ALCOL

BICCHIERI / DIE _____

▪ IGIENE PERSONALE

☐ BUONA

☐ DISCRETA

☐ SCARSA

☐ ASSENTE

▪ TERAPIA FARMACOLOGICA

○ ASSUNZIONE

☐ AUTONOMIA

☐ DIPENDENZA PARZIALE

CAREGIVER _____

☐ DIPENDENZA TOTALE

CAREGIVER _____

○ COMPLIANCE ALLA PRESCRIZIONE: TIPO

☐ SI

☐ NO - VOLONTARIA

☐ NO - COGNITIVA

☐ NO - MISTA

☐ NON VALUTABILE

○ COMPLIANCE ALLA PRESCRIZIONE: GRADO

☐ SI

☐ NO - SUPERABILI CON LA VD / MEMOTERAPIA

☐ NO - SUPERABILE CON CAREGIVER

☐ NO - INSUPERABILE

▪ COMPLIANCE DIETA

○ DIETA

☐ NO

☐ SI

○ TIPO

○ ADESIONE ALLE PRESCRIZIONI ALIMENTARI

☐ BUONA

☐ DISCRETA

☐ SCARSA

☐ ASSENTE

BARRIERE PSICOLOGICHE

PAURA / ANSIA ALL'AUTOGESTIONE

Esprimi un giudizio da 1 (nessuna importanza) a 5 (massima importanza)

Paura di non essere in grado di fare la dialisi peritoneale da solo	
Paura di non essere abbastanza curato o seguito	
Paura dell'isolamento	
SCORE TOTALE	

PAURA / ANSIA ALL'AUTOGESTIONE: VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

- BARRIERE COGNITIVE ALLA DP
 - ☐ NO
 - ☐ SI - SUPERABILI CON LA VD

DEPRESSIONE

- DEPRESSIONE IN TRATTAMENTO ☐ SI ☐ NO
- BECK DEPRESSION INVENTORY II

SCORE _____ GRADO DI DEPRESSIONE _____

DEPRESSIONE: VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

- BARRIERE COGNITIVE ALLA DP
 - ☐ NO
 - ☐ SI - SUPERABILI CON LA VD

INSONNIA

- RIPOSO – DURATA
 - NOTTE DA _____ A _____ TOT ORE _____
 - GIORNO DA _____ A _____ TOT ORE _____
- RIPOSO – QUALITA' VISSUTA DAL PAZIENTE
 - DURATA DEL SONNO ADEGUATA? ☐ SI ☐ NO
 - QUALITA' DEL SONNO ADEGUATA? ☐ SI ☐ NO
 - SI SENTE ENERGICO AL RISVEGLIO? ☐ SI ☐ NO
- ASSUNZIONE DI FARMACI OD ALTRI SUPPORTI PER DORMIRE ☐ SI ☐ NO

ACTIVITY DAILY LIVING

INDICE DI BARTHEL MODIFICATO

CONTINENZA

CONTINENZA INTESTINALE	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.	10
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, e ha occasionali perdite.	8
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.	2
Incontinente.	0
CONTINENZA URINARIA	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con dispositivi esterni o interni.	10
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.	8
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario l'aiuto parziale nell'uso dei dispositivi. (Ha bisogno di stimolo e supervisione).	5
Incontinente ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	2
Incontinente o catetere a dimora (<u>sottolineare la voce che interessa</u>). Dipendente per l'applicazione di dispositivi esterni o interni, per il cambio del sacchetto.	0

AUTONOMIA – SITUAZIONE FUNZIONALE

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.	10
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.	8
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.	5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	2
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc.).	0
BAGNO/DOCCIA-LAVARSI	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.	5
Necessità di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).	4
Necessità di aiuto per il trasferimento nella doccia / bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	3
Necessità di aiuto per tutte le operazioni.	1
Totale dipendenza nel lavarsi.	0

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.	5
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	4
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	0
ABBIGLIAMENTO	
Capace di indossare, togliere, e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi.	10
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	8
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	5
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	2
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	0
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 padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	10
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	8
Necessita di aiuto per svestirsi / vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	2
Completamente dipendente.	0

AUTONOMIA – MOBILITA’

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.	15
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.	12
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	8
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.	3
Non collabora al trasferimento. Necessarie 2 persone per trasferire l'anziano con o senza sollevatore meccanico.	0

DEAMBULAZIONE	
In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi sn, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.	15
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia << 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.	12
Necessita di 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 Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione di deambulare).	8
Necessità della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	3
Non in grado di deambulare autonomamente (e se tenta, necessita di 2 assistenti).	0
USO DELLA CARROZZINA	
<i>utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 0 nella scala "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 metri.	5
Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.	4
Necessaria presenza e assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, a letto...	3
Capace di spostarsi solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre.	1
Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	0
SCALE	
In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare il corrimano, bastone o stampelle se necessario, e in grado di portarli con se durante la salita o discesa	10
In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.).	8
Capace di salire / scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione e assistenza.	5
Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).	2
Incapace di salire e scendere le scale.	0

TOTALE PUNTEGGIO _____

GRADO DI DIPENDENZA _____

LEGENDA

CATEGORIE	SCORE	DIPENDENZA
1	0-24	TOTALE
2	25-49	SEVERA
3	50-74	MODERATA
4	75-90	LIEVE
5	91-99	MINIMA
	100	ASSENTE

INSTRUMENTAL ACTIVITIES DAILY LIVING

ATTIVITA'	SCORE	DESCRIZIONE
TELEFONO	1	Usa il telefono di propria iniziativa Compone solo alcuni numeri ben conosciuti Risponde ma non è capace di comporre il numero
	0	Non risponde al telefono
	NA	Non applicabile
FARE ACQUISTI	1	Fa tutte le proprie spese senza aiuto
	0	Fa piccoli acquisti senza aiuto Ha bisogno di essere accompagnato Completamente incapace di fare
	NA	Non applicabile
PREPARAZIONE DEI PASTI	1	Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati
	0	Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti Scalda/serve pasti preparati o prepara cibi ma non tiene dieta adeguata Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti
	NA	Non applicabile
GOVERNO DELLA CASA	1	Mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza (aiuto lavori pesanti) Esegue compiti quotidiani leggeri ma non mantiene un accettabile livello di pulizia della casa
	0	Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa Non partecipa a nessuna operazione di governo della
	NA	Non applicabile
MEZZI DI TRASPORTO	1	Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato
	0	Può spostarsi solo con taxi o auto e con assistenza Non si sposta per niente
	NA	Non applicabile
BIANCHERIA	1	Fa il bucato personalmente e completamente Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)
	0	Tutta la biancheria deve essere lavata da altri
	NA	Non applicabile
TERAPIA FARMACI	1	Prende le medicine che gli sono state prescritte
	0	Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate Non è in grado di prendere le medicine da solo
	NA	Non applicabile
GESTIONE FINANZE	1	Maneggia le proprie finanze in modo indipendente E' in grado di fare piccoli acquisti
	0	E' incapace di maneggiare i soldi
	NA	Non applicabile

Totale funzioni conservate ____/8 (se femmina)

Totale funzioni conservate ____/5 (se maschio)

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

MINIMENTAL STATE EXAMINATION

ORIENTAMENTO		
TEMPORALE		
	CORRETTO	SCORRETTO
ANNO		
STAGIONE		
MESE		
GIORNO DEL MESE		
GIORNO SETTIMANA		
MAX 5 PUNTI		
SPAZIALE		
	CORRETTO	SCORRETTO
STATO		
REGIONE		
CITTA'		
LUOGO		
PIANO		
MAX 5 PUNTI		

2. REGISTRAZIONE		
NUMERO TENTATIVI []		
	CORRETTO	SCORRETTO
CASA		
PANE		
GATTO		
MAX 3 PUNTI		

3. ATTENZIONE E CALCOLO		
CARNE (E-N-R-A-C)		
OPPURE		
100-7 (5 VOLTE) 93-86-79-72-65		
	CORRETTO	SCORRETTO
MAX 5 PUNTI		

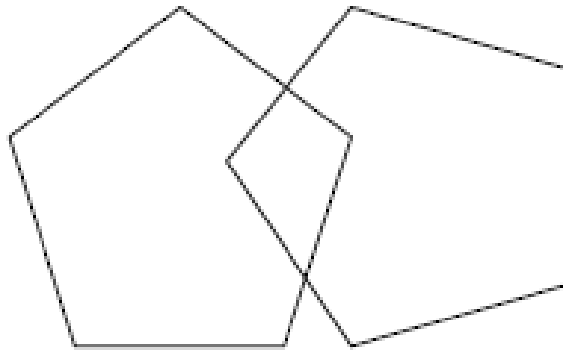
4. RIEVOCAZIONE		
	CORRETTO	SCORRETTO
CASA		
PANE		
GATTO		
MAX 3 PUNTI		

5. LINGUAGGIO		
	CORRETTO	SCORRETTO
MATITA		
OROLOGIO		
MAX 2 PUNTI		
"Non c'è se né ma che tenga"		
Oppure (ma dimezzando il punteggio)		
"Tigre contro tigre"		
MAX 1 PUNTO		
PRENDERE UN FOGLIO		
PIEGARLO A METÀ		
BUTTARLO A TERRA		
MAX 3 PUNTI		
FRASE (SOGG + VERBO)		
MAX 1 PUNTO		
CHIUDERE GLI OCCHI		
MAX 1 PUNTO		

6. PRASSIA COSTRUTTIVA		
	CORRETTO	SCORRETTO
COPIA IL DISEGNO		
MAX 1 PUNTO		

CORREZIONE				
Età	Scolarità (in anni)			
	0-4	5-7	8-12	13-17
65-69	+0.4	-1.1	-2.0	-2.8
70-74	+0.7	-0.7	-1.6	-2.3
75-79	+1.0	-0.3	-1.0	-1.7
80-84	+1.5	+0.4	-0.3	-0.9
85-89	+2.2	+1.4	+0.8	+0.3

CHIUDA GLI OCCHI



MINI MENTAL STATE EXAMINATION - ISTRUZIONI

Il MMSE è un test ampiamente utilizzato nella pratica clinica della valutazione delle funzioni cognitive dei soggetti anziani.

E' un test di facile e rapida somministrazione, è attendibile nel determinare il grado del deficit cognitivo e nel monitorarne la progressione in condizioni di demenza.

E' composto da 30 item, in parte verbali, in parte di performance, che esplorano orientamento spazio temporale, memoria a breve termine, attenzione, calcolo mentale, linguaggio (nelle componenti di comprensione, ripetizione, denominazione, lettura e scrittura), prassia costruttiva.

Range del punteggio: **0-30**

TABELLA DI CORREZIONE

	SCOLARITA' (in anni)			
	0 - 4	5 - 7	8 - 12	13 - 17
ETA'				
65 – 69	+ 0,4	- 1,1	- 2,0	- 2,8
70 – 74	+ 0,7	- 0,7	- 1,6	- 2,3
75 – 79	+ 1,0	- 0,3	- 1,0	- 1,7
80 – 84	+ 1,5	+ 0,4	- 0,3	- 0,9
85 - 89	+ 2,2	+ 1,4	+ 0,8	+ 0,3

La tabella di correzione **non** si applica né per età <65 aa e >89 aa, né per scolarità > 17 aa, né per un punteggio 30/30.

Ripartizione della gradualità di deterioramento mediante il punteggio al test:

30-24 Nessuna compromissione

24-20 Sospetta compromissione

19-17 Compromissione lieve

16-10 Compromissione moderata

09-00 Compromissione grave

MATERIALE OCCORRENTE PER IL TEST

- Protocollo del test
- Orologio da polso
- Matita e gomma

MINI MENTAL STATE EXAMINATION - PROCEDURE DI SOMMINISTRAZIONE E PUNTEGGI

1. ORIENTAMENTO

Orientamento Temporale

Item: Si chiede al soggetto quanto indicato nel protocollo.

Proporre la domanda nel modo più naturale possibile (l'ordine delle domande è libero). Sono ammesse ripetizioni o un aiuto (scelta multipla o esemplificazione) ogni qualvolta il soggetto sembri non capire la domanda o avere grosse difficoltà nel trovare le parole giuste. Le risposte devono essere precise.

Punteggio: 1 punto per ogni risposta esatta.

Range: 0-5

Orientamento Spaziale

Item: Si chiede al soggetto quanto indicato nel protocollo.

Proporre la domanda nel modo più naturale possibile (l'ordine delle domande è libero). Sono ammesse ripetizioni o un aiuto (scelta multipla o esemplificazione) ogni qualvolta il soggetto sembri non capire la domanda o avere grosse difficoltà nel trovare le parole giuste. Sono accettabili sinonimi o parti per un tutto (es: ambulatorio per ospedale).

Punteggio: 1 punto per ogni risposta esatta.

Range: 0-5

2. REGISTRAZIONE

Item: Informare il soggetto che si farà una prova di memoria intenzionale.

Pronunciare le tre parole (casa, pane, gatto) con un intervallo di 1 sec. fra un nome e l'altro e con l'intonazione come se dopo la terza ci fosse un'altra parola. Si chiede di ripetere le parole. Se il soggetto non è in grado di ripeterle tutte al primo tentativo, ripeterglielo nuovamente finché non le abbia imparate. Si registra sul protocollo il numero di tentativi fatti dal soggetto per ripetere correttamente le tre parole.

Punteggio: 1 punto per ogni nome correttamente pronunciato dopo la prima ripetizione.

Range: 0-3

3. ATTENZIONE E CALCOLO (sistema esecutivo centrale, componente della working memory)

3a) Si chiede al soggetto di fare delle sottrazioni di 7 partendo da 100. Fermarlo dopo 5 sottrazioni. E' permessa **una sola ripetizione** dell'istruzione dopo la prima risposta (93). Per ogni ulteriore ripetizione dell'istruzione o per l'oblio del risultato dell'ultima sottrazione si assegna un punteggio pari a 0, anche se la sua risposta è corretta. Se il soggetto non è in grado di eseguire la prova per **discalculia**, aspettare un tempo sufficiente prima di passare alla prova successiva distraendolo e assegnare 0 come punteggio.

3b) Nel caso il punteggio alla prova di calcolo fosse < 4, invitare il soggetto a scandire in avanti la parola CARNE. Solo se esegue correttamente senza aiuto, si chiede di fare lo spelling al contrario (scandire al contrario) la parola CARNE: "Qual è l'ultima lettera della parola CARNE? E prima di quella cosa c'è?". Per ogni ulteriore aiuto anche se la risposta è corretta assegnare 0 come punteggio.

Punteggio: 1 punto per ogni sottrazione corretta (anche se la precedente è sbagliata) o scansione esatta. Si considera la prova (sottrazione o scansione al contrario) in cui il soggetto ha ottenuto il punteggio più alto.

Range: 0-5

4. RIEVOCAZIONE

Item: Si chiede di ricordare le tre parole (casa, pane, gatto) precedentemente ripetute.

Punteggio: 1 punto per ogni parola ripetuta correttamente.

Range: 0-3

5. LINGUAGGIO

Denominazione

Item: Si chiede al soggetto di denominare ciascuno dei due oggetti (matita e orologio) dopo averglieli mostrati. Non sono accettabili circonlocuzioni, mentre lo sono i termini dialettali precisi. Non è permesso alcun tipo di aiuto. Il soggetto se lo desidera può prendere l'oggetto in mano.

Punteggio: 1 punto per ogni corretta denominazione.

Range: 0-2

Ripetizione

Item: Si chiede al soggetto di ripetere la frase "Non c'è se né ma che tenga". Se il soggetto non riesce a ripetere questa frase si chiede di ripetere la frase più semplice "Tigre contro tigre". E' permesso un solo tentativo di ripetizione.

Punteggio: 1 punto per la ripetizione della frase "Non c'è se né ma che tenga"; 0,5 punti per la ripetizione di "Tigre contro tigre".

Range: 0-1

Comprensione

Item: Si dice al soggetto di stare molto attento poiché dovrà fare esattamente quello che gli viene chiesto e il comando non potrà essere ripetuto. Si chiede al soggetto di eseguire tre ordini (si leggono uno di seguito all'altro). Presentare il foglio di fronte al malato. Gli ordini sono i seguenti:

4. Prendere il foglio con la mano destra
5. Piegare a metà (precisare con tutte e due le mani se il soggetto cerca di farlo SOLO con la destra)
6. Buttare a terra il foglio

Punteggio: 1 punto per ogni corretta esecuzione.

Range: 0-3

Lettura (comprensione scritta)

Item: Si chiede al soggetto di leggere la frase (CHIUDA GLI OCCHI) e di eseguire ciò che la frase enuncia. La lettura può essere a voce alta o no). Se ha letto male invitarlo a rileggerla.

Punteggio: 1 punto se l'ordine viene eseguito correttamente.

Range: 0-1

Scrittura

Item: Si chiede al soggetto scrivere una frase qualsiasi sulla parte del foglio con le righe. Si specifica che deve essere una frase e non una parola.

Punteggio: 1 punto se la frase è corretta sintatticamente e se si comprende il suo significato, nonostante errori di ortografia.

Range: 0-1

6. PRASSIA COSTRUTTIVA

Prassia costruttiva

Item: Si chiede al soggetto di disegnare la figura geometrica (intersezione di 2 pentagoni) rappresentata nel protocollo.

Punteggio:

- 1 punto = la copia è perfetta: tutte le linee del modello sono presenti, non ne è aggiunta neppure una e la disposizione delle singole parti di ciascun disegno è corretta.
- 0,5 punti = la copia è parzialmente difettosa, ma non fino al punto da impedire l'identificazione del modello o almeno di sue parti.
- 0 punti = la riproduzione è irriconoscibile, tale da impedire ad un'osservazione che non conosce il modello di identificarlo, oppure è presente il closing-in (il soggetto segue il contorno della figura da copiare)

Range: 0-1

BECK DEPRESSION INVENTORY II

Istruzioni per la compilazione (illustrare o consegnare al paziente)

Il presente questionario consiste di 21 gruppi di affermazioni.

Per favore legga attentamente le affermazioni di ciascun gruppo.

Per ogni gruppo scelga quella che meglio descrive come Lei si è sentito nelle **ultime due settimane (incluso oggi)**.

Faccia una crocetta sul numero corrispondente all'affermazione da Lei scelta.

Se più di una affermazione dello stesso gruppo descrive ugualmente bene come Lei si sente, faccia una crocetta sul numero più elevato per quel gruppo.

Non scelga più di una affermazione per ciascun gruppo, incluse la domanda 16 ("Sonno") e la domanda 18 ("Appetito").

È importante che non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non si soffermi troppo su ogni affermazione: la prima risposta è spesso la più accurata. Grazie.

01 – TRISTEZZA

0	Non mi sento triste.
1	Mi sento triste per la maggior parte del tempo.
2	Mi sento sempre triste.
3	Mi sento così triste o infelice da non poterlo sopportare.

02 - PESSIMISMO

0	Non sono scoraggiato riguardo al mio futuro.
1	Mi sento più scoraggiato riguardo al mio. Futuro rispetto al solito.
2	Non mi aspetto nulla di buono per me.
3	Sento che il mio futuro è senza speranza e che continuerà a peggiorare.

03 – FALLIMENTO

0	Non mi sento un fallito.
1	Ho fallito più di quanto avrei dovuto.
2	Se ripenso alla mia vita riesco a vedere solo una serie di fallimenti.
3	Ho la sensazione di essere un fallimento totale come persona.

04 – PERDITA DI PIACERE

0	Traggo lo stesso piacere di sempre dalle cose che faccio.
1	Non traggo più piacere dalle cose come un tempo.
2	Traggo molto poco piacere dalle cose che di solito mi divertivano.
3	Non riesco a trarre alcun piacere dalle cose che una volta mi piacevano.

05 – SENSO DI COLPA

0	Non mi sento particolarmente in colpa.
1	Mi sento in colpa per molte cose che ho fatto o che avrei dovuto fare.
2	Mi sento molto spesso in colpa.
3	Mi sento sempre in colpa.

06 – SENTIMENTI DI PUNIZIONE	
0	Non mi sento come se stessi subendo una punizione.
1	Sento che potrei essere punito.
2	Mi aspetto di essere punito.
3	Mi sento come se stessi subendo una punizione.

07 - AUTOSTIMA	
0	Considero me stesso come ho sempre fatto.
1	Credo meno in me stesso.
2	Sono deluso di me stesso.
3	Mi detesto.

08 - AUTOCRITICA	
0	Non mi critico né mi biasimo più del solito.
1	Mi critico più spesso del solito.
2	Mi critico per tutte le mie colpe.
3	Mi biasimo per ogni cosa brutta che mi accade.

09 - SUICIDIO	
0	Non ho alcun pensiero suicida.
1	Ho pensieri suicidi ma non li realizzerei.
2	Sento che starei meglio se morissi.
3	Se mi si presentasse l'occasione, non esiterei ad uccidermi.

10 - PIANTO	
0	Non piango più del solito.
1	Piango più del solito.
2	Piango per ogni minima cosa.
3	Ho spesso voglia di piangere ma non ci riesco.

11 - AGITAZIONE	
0	Non mi sento più agitato o teso del solito.
1	Mi sento più agitato o teso del solito.
2	Sono così nervoso o agitato al punto che mi è difficile rimanere fermo.
3	Sono così nervoso o agitato che devo continuare a muovermi o fare qualcosa.

12 – PERDITA DI INTERESSI	
0	Non ho perso interesse verso le altre persone o verso le attività.
1	Sono meno interessato agli altri o alle cose rispetto a prima.
2	Ho perso la maggior parte dell'interesse verso le altre persone o cose.
3	Mi risulta difficile interessarmi a qualsiasi cosa.

13 – INDECISIONE	
0	Prendo decisioni come sempre.
1	Trovo più difficoltà del solito nel prendere decisioni.
2	Ho molte più difficoltà nel prendere decisioni rispetto al solito.
3	Non riesco a prendere nessuna decisione.

14 – SENSO DI INUTILITA'	
0	Non mi sento inutile.
1	Non mi sento valido e utile come un tempo.
2	Mi sento più inutile delle altre persone.
3	Mi sento completamente inutile. su qualsiasi cosa.

15 – PERDITA DI ENERGIA	
0	Ho la stessa energia di sempre.
1	Ho meno energia del solito.
2	Non ho energia sufficiente per fare la maggior parte delle cose.
3	Ho così poca energia che non riesco a fare nulla.

16 – SONNO	
0	Non ho notato alcun cambiamento nel mio modo di dormire.
1A	Dormo un po' più del solito.
1B	Dormo un po' meno del solito.
2A	Dormo molto più del solito.
2B	Dormo molto meno del solito.
3A	Dormo quasi tutto il giorno.
3B	Mi sveglio 1-2 ore prima e non riesco a riaddormentarmi.

17 – IRRITABILITA'	
0	Non sono più irritabile del solito.
1	Sono più irritabile del solito.
2	Sono molto più irritabile del solito.
3	Sono sempre irritabile.

18 – APPETITO	
0	Non ho notato alcun cambiamento nel mio appetito.
1A	Il mio appetito è un po' diminuito rispetto al solito.
1B	Il mio appetito è un po' aumentato rispetto al solito.
2A	Il mio appetito è molto diminuito rispetto al solito.
2B	Il mio appetito è molto aumentato rispetto al solito.
3A	Non ho per niente appetito.
3B	Mangerei in qualsiasi momento.

19 – CONCENTRAZIONE	
0	Riesco a concentrarmi come sempre.
1	Non riesco a concentrarmi come al solito.
2	Trovo difficile concentrarmi per molto tempo
3	Non riesco a concentrarmi su nulla.

20 – FATICA	
0	Non sono più stanco o affaticato del solito.
1	Mi stanco e mi affatico più facilmente del solito.
2	Sono così stanco e affaticato che non riesco a fare molte delle cose che facevo prima.
3	Sono talmente stanco e affaticato che non riesco più a fare nessuna delle cose che facevo prima.

21 – SESSO	
0	Non ho notato alcun cambiamento recente nel mio interesse verso il sesso.
1	Sono meno interessato al sesso rispetto a prima.
2	Ora sono molto meno interessato al sesso.
3	Ho completamente perso l'interesse verso il sesso.

BECK DEPRESSION INVENTORY II - ISTRUZIONI

Il test, che valuta l'entità della componente depressiva, può essere compilato a domicilio oppure in Ospedale e le spiegazioni fornite al bisogno dagli operatori sanitari.

Punti fondamentali del test sono:

4. l'**UNICITA'** della risposta,
5. i sentimenti descritti dal paziente devono essere riferiti **ALLE ULTIME DUE SETTIMANE**.
6. raccomandare al paziente di **NON STARE A PENSARE TROPPO** alle risposte.

DETERMINAZIONE DEL PUNTEGGIO

Sommare i punteggi ottenuti ai 21 item (ogni item ha un punteggio da 0 a 3)

Le risposte a e b ottengono lo stesso punteggio (ad esempio 1a e 1b valgono sempre 1).

INTERPRETAZIONE DEL TEST

Punteggi	00-10	normale;
Punteggi	11-16	lieve alterazione dell'umore;
Punteggi	17-20	depressione borderline;
Punteggi	21-30	depressione di grado moderato;
Punteggi	31- 40	depressione di grado severo.
Punteggi	> 40	depressione estrema

La necessità di ricorrere allo specialista psichiatra in caso di punteggi elevati deve essere valutata dal curante.

VALUTAZIONE DEI CAREGIVER PER LA DP ASSISTITA NEI

RILIEVI EFFETTUATI	SI	NO	INDICE	NOTE
COMPLESSITA' CLINICA E ASSISTENZIALE				
ACTIVITY DAILY LIVING (BARTEL)				
INSTRUMENTAL ACTIVITY DAILY LIVING (LAWTON)				
BARRIERE FISICHE				
VISTA				
UDITO				
DESTREZZA MANUALE				
FORZA FISICA				
BARRIERE FISICHE ALLA DP (VAL. INF.)				
BARRIERE COGNITIVE				
COMPRENSIONE/MEMORIA/ATTENZIONE (MMSE)				
BARRIERE COGNITIVE ALLA DP (VAL. INF.)				
COMPLIANCE ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA: (VEDI GRADO)				
BARRIERE PSICOLOGICHE				
PAURA / ANSIA ALL'AUTOGESTIONE (TEST)				
BARRIERA PSICOLOGICA ALLA DP: PAURA/ANSIA (VAL. INF.)				
DEPRESSIONE (Beck Depression Inventory II)				
BARRIERA PSICOLOGICA ALLA DP: DEPRESSIONE (VAL. INF.)				

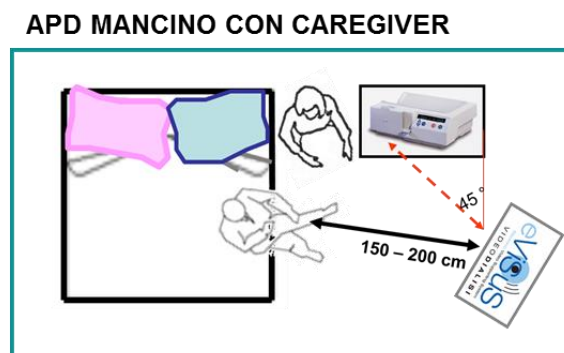
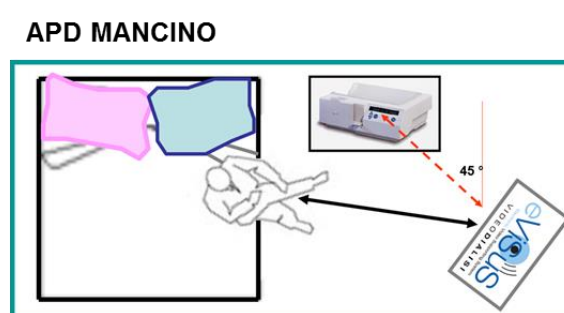
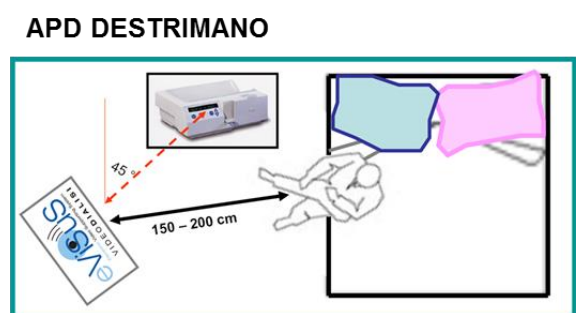
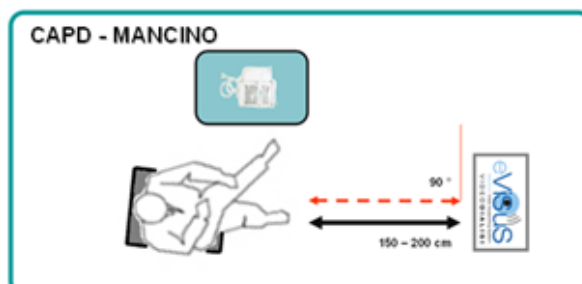
ALLEGATI

SCHEMA SCENOGRAFIA	PAG. 52
SCHEMA CONNETTIVITA'	PAG. 53
SCHEMA TRANING SISTEMA ESPERTO	PAG. 54

SCENOGRAFIA DELLA STAZIONE REMOTA

Nella figura seguente è riportata la sistemazione del Totem nell'abitazione del paziente in base alle seguenti variabili:

1. modalità dialitica
2. manualità
3. presenza di caregiver



VALUTAZIONE CONNETTIVITA'

COMPILATORE

Cognome _____
Nome _____

PAZIENTE

Cognome _____
Nome _____

DATA COMPILAZIONE

INDIRIZZO

Via _____
Numero _____
Città _____
CAP _____
Povincia _____
Regione _____

ADSL			
attiva	_____	_____	_____
ping	_____	_____	_____
down	_____	_____	_____
up	_____	_____	_____

ABITAZIONE PIANI

CONCLUSIONI

SEDE TEST						
TEST	ORA	TIM				
num		conn.	ping	down	up	
1						
2						
3						

WI-FI TEST

SEDE TEST						
TEST	ORA	TIM				
num		conn.	ping	down	up	
1						
2						
3						

WI-FI TEST

SEDE TEST						
TEST	ORA	TIM				
num		conn.	ping	down	up	
1						
2						
3						

WI-FI TEST

SEDE TEST						
TEST	ORA	TIM				
num		conn.	ping	down	up	
1						
2						
3						

WI-FI TEST

SEDE TEST						
TEST	ORA	TIM				
num		conn.	ping	down	up	
1						
2						
3						

WI-FI TEST

SEDE TEST						
TEST	ORA	TIM				
num		conn.	ping	down	up	
1						
2						
3						

WI-FI TEST

METODOLOGIA DEL TRAINING CON LA VIDEODIALISI

FASI	CAPD - AZIONI	PZ	INF	VD
GIORNO 1	1° SCAMBIO (F.1)			
	▪ PREPARAZIONE SCENOGRAFIA VD E PROVE DI COLLEGAMENTO		SI	
	▪ UTILIZZO TELEFONO CON VIVAVOCE		SI	
	▪ INFERMIERA A DOMICILIO INSEGNA LA PROCEDURA DI DIALISI		SI	
	2° SCAMBIO (F.2)			
	▪ INFERMIERA A DOMICILIO INSEGNA LA PROCEDURA DI DIALISI	SI	SI	
GIORNO 2	3° SCAMBIO (F.3)			
	▪ INFERMIERA DAL CENTRO INSEGNA LA PROCEDURA DI DIALISI	SI	SUPPORTO	SI

FASI	APD - AZIONI	PZ	INF	VD
GIORNO 1	1° MONTAGGIO E ATTACCO (SERA: F.1)			
	▪ PREPARAZIONE SCENOGRAFIA VD E PROVE DI COLLEGAMENTO		SI	
	▪ UTILIZZO TELEFONO CON VIVAVOCE		SI	
	▪ INFERMIERA A DOMICILIO INSEGNA LA PROCEDURA DI DIALISI		SI	
GIORNO 2	1° STACCO (MATTINO: F.1)			
	▪ INFERMIERA A DOMICILIO INSEGNA LA PROCEDURA DI DIALISI		SI	
	2° MONTAGGIO E ATTACCO (SERA: F.2)			
	▪ INFERMIERA A DOMICILIO INSEGNA LA PROCEDURA DI DIALISI	SI	SI	
GIORNO 3	2° STACCO (MATTINO: F.2)			
	▪ INFERMIERA A DOMICILIO INSEGNA LA PROCEDURA DI DIALISI	SI	SI	
	3° MONTAGGIO E ATTACCO (SERA: F.3)			
	▪ INFERMIERA DAL CENTRO INSEGNA LA PROCEDURA DI DIALISI	SI	SUPPORTO	SI
GIORNO 4	3° STACCO (MATTINO: F.3)			
	▪ INFERMIERA DAL CENTRO INSEGNA LA PROCEDURA DI DIALISI	SI	SUPPORTO	SI