Progetto di modernizzazione:
"Gestione delle malattie croniche ad alto impatto assistenziale sul territorio secondo il chronic care model al fine di ridurre la disabilità, il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione e di migliorare la qualità di vita del paziente e del caregiver"

Responsabile scientifico
Dott. Fernando Anzivino
Azienda USL di Ferrara

Manuale di istruzioni per il set minimo di scale

A cura di:
Luigi Palestini

Bologna, settembre 2010

Sommario

Indicazioni generali per la somministrazione 3
1. Obiettivo del progetto 3
2. Linee guida generali 3
Sezione 1: Autonomia nelle attività della vita quotidiana (Basic Activities of Daily Living – BADL) 5
Sezione 2: Autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (Instrumental Activities of Daily Living – IADL) 7
Sezione 3: Indice di comorbilità (Cumulative Illness Rating Scale – CIRS) 10
Sezione 4: Valutazione del rischio di lesioni da pressione (Braden) 13
Sezione 5: Scala di valutazione dello stato mentale (Short Portable Mental Status Questionnaire – SPMSQ) 16
Sezione 6: Valutazione della qualità della vita 18
Sezione 7: Geriatric Depression Scale (GDS) 19
Sezione 7-bis: Aphasic Depression Rating Scale (ADRS) 21
Sezione 8: Valutazione del dolore 24
Sezione 8-bis: Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) 25
Sezione 9: Vulnerabilità psicosociale dell'anziano 27
Sezione 10: Blaylock Risk Assessment Screening (BRASS) 29
Appendice A: Set minimo per la valutazione multidimensionale dell'anziano con patologia cronica 33
Riferimenti bibliografici 47

Indicazioni generali per la somministrazione

1. Obiettivo del progetto

Lo studio ha l'obiettivo di valutare l'impatto dell'implementazione di un modello assistenziale di *chronic care* in termini di esito clinico-funzionale, modificazioni sulla qualità della vita e sulla vulnerabilità psicosociale percepite dagli assistiti. L'impatto sarà:

(a) monitorato mediante uno strumento di valutazione multidimensionale;
(b) confrontato con risultati ottenuti in realtà assistenziali che si occupano della medesima patologia cronica mantenendo l'assetto attuale.

In questo senso, appare calzante l'utilizzo di una versione revisionata del set minimo per la valutazione della continuità assistenziale validato nel progetto di modernizzazione 2008/2009, costituito da strumenti già validati e condiviso all'interno del gruppo di progetto:

1) Autonomia nelle attività della vita quotidiana (BADL)
2) Autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL)
3) Indice di Comorbilità (CIRS)
4) Scala di Braden (valutazione del rischio di lesioni da pressione)
5) Valutazione dello stato mentale (SPMSQ)
6) Valutazione Qualità della Vita (Scala analogico-visiva)
7) Depressione del paziente anziano (GDS o ADRS per pazienti afasici)
8) Valutazione del dolore (Scala numerica o PAINAD per pazienti afasici)
9) Vulnerabilità psicosociale dell'anziano
10) Blaylock Risk Assessment Screening (BRASS)

2. Linee guida generali

Non tutti gli item prevedono una risposta a una domanda posta dal somministratore, ma possono basarsi sull'osservazione del paziente o sull'anamnesi. Pertanto, è prevedibile un tempo complessivo di somministrazione totale di circa 20-30 minuti.

Lo strumento va somministrato *integralmente* nelle seguenti sessioni:

1) Ingresso del paziente nel reparto
2) Follow-up a 1 mese dal reclutamento se il paziente è ancora presente in reparto

Lo strumento va somministrato *in versione abbreviata* nelle seguenti sessioni:

1) Follow-up a 1 mese dal reclutamento se il paziente è stato dimesso
2) Follow-up a 6 mesi dal reclutamento

N.B.: la *versione abbreviata per il follow-up* è composta da BADL, IADL, Valutazione della qualità della vita, Valutazione del dolore.

I partecipanti saranno *tutti* i pazienti in ingresso nei setting assistenziali che rientrano nel progetto, nei tempi previsti e comunicati preventivamente ai responsabili *in loco* per la ricerca.

Un ulteriore elemento da prendere in considerazione risiede infine nella sovrapponibilità di diverse aree di misurazione tra gli strumenti considerati. In questo senso, sebbene siano presenti aree di sovrapposizione tra alcuni questionari che compongono lo strumento, questi vanno comunque compilati nella loro interezza.
È plausibile che le risposte largamente sovrapponibili siano riportate da uno strumento all'altro; non è invece consentito lasciare parte dello strumento non compilata, onde evitare complicazioni al momento dell'inserimento dati.
Qualora non fosse possibile da parte dell'operatore incaricato completare la compilazione dello strumento, l'operatore è tenuto a portare a termine la compilazione appena possibile o – se strettamente necessario – a passare in consegna lo strumento a un altro operatore.

Sezione 1:
Autonomia nelle attività della vita quotidiana (Basic Activities of Daily Living – BADL)

La scala di valutazione dell'autonomia nelle attività di base della vita quotidiana proposta da Katz e coll. (1963) è uno degli strumenti più utilizzati nel campo della valutazione del paziente geriatrico. Lo strumento valuta in modo accurato 6 attività di base:

- fare il bagno
- vestirsi
- toilette
- spostarsi
- continenza urinaria e fecale
- alimentarsi

L'indice misura le differenti abilità del paziente nel prendersi cura di sé e ciascuna è misurata nei termini di quanto il paziente è funzionale o meno. A ciascuno degli item va attribuito un punteggio dicotomico in cui:

- *0=dipendente*
- *1=indipendente*

L'assegnazione del punteggio si basa sul grado di indipendenza del paziente e sull'eventuale necessità di assistenza o supervisione durante lo svolgimento del compito. Il punteggio totale viene assegnato come somma delle attività indipendentemente eseguite.
La valutazione da parte dell'operatore (infermiere, OSS) avviene sulla base di informazioni fornite dal soggetto stesso, se cognitivamente capace, oppure dal caregiver.
Il punteggio va letto su una scala di tipo strutturata in modo gerarchico, che somma il numero delle aree di dipendenza e la loro importanza relativa secondo uno scalogramma a otto livelli, identificati da sette lettere cui corrispondono diversi gradi di dipendenza funzionale, da A (indipendenza in tutte le funzioni) a G (dipendenza in tutte e 6 le funzioni), più un livello eterogeneo denominato "Altro", così definiti:

- A: indipendente riguardo a nutrirsi, continenza, capacità di spostarsi, andare al gabinetto, vestirsi e fare il bagno;
- B: indipendente in tutte le funzioni eccetto una;
- C: indipendente in tutto eccetto "fare il bagno" e un'altra funzione;
- D: indipendente in tutto eccetto "fare il bagno", "vestirsi" e un'altra funzione;
- E: indipendente in tutto eccetto "fare il bagno", "vestirsi", "toilette" e un'altra funzione;
- F: indipendente in tutto eccetto "fare il bagno", "vestirsi", "toilette", "spostarsi" e un'altra funzione;
- G: dipendente in tutte e sei le funzioni;
- Altro: dipendente in almeno due funzioni, ma non classificabile sotto C, D, E o F.

Per la somministrazione della scala nei differenti tempi del progetto, i somministratori devono basarsi sul seguente schema:

a) Somministrazione all'ingresso nel reparto → valutazione delle BADL al momento immediatamente precedente l'evento che ha provocato il ricovero.
b) Follow-up → valutazione delle BADL allo stato attuale (1 mese dal ricovero/6 mesi dal ricovero)

Sezione 1: Attività di base della vita quotidiana (BADL)				
		Ingresso	**1 mese**	**6 mesi**
1)	**FARE IL BAGNO** (vasca, doccia, spugnature)			
A.	Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo).	**1**	**1**	**1**
B.	Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso).	**1**	**1**	**1**
C.	Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.	**0**	**0**	**0**
2)	**VESTIRSI** (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e/o delle)			
A.	Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza.	**1**	**1**	**1**
B.	Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.	**1**	**1**	**1**
C.	Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.	**0**	**0**	**0**
3)	**TOILETTE** (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)			
A.	Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino).	**1**	**1**	**1**
B.	Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.	**0**	**0**	**0**
C.	Non si reca in bagno per l'evacuazione.	**0**	**0**	**0**
4)	**SPOSTARSI**			
A.	Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore)	**1**	**1**	**1**
B.	Compie questi trasferimenti se aiutato.	**0**	**0**	**0**
C.	Allettato, non esce dal letto.	**0**	**0**	**0**
5)	**CONTINENZA DI FECI E URINE**			
A.	Controlla completamente feci e urine.	**1**	**1**	**1**
B.	"Incidenti" occasionali.	**0**	**0**	**0**
C.	Necessita di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente.	**0**	**0**	**0**
6)	**ALIMENTAZIONE**			
A.	Senza assistenza.	**1**	**1**	**1**
B.	Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane.	**1**	**1**	**1**
C.	Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale.	**0**	**0**	**0**
	TOTALE BADL			

Sezione 2:
Autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (Instrumental Activities of Daily Living – IADL)

La scala delle IADL proposta da Lawton e Brody (1969) valuta la capacità di compiere attività complesse che vengono normalmente svolte anche da soggetti anziani e che sono considerate necessarie per il mantenimento della propria indipendenza.
È costituita da un elenco di otto funzioni complesse che richiedono competenza nell'uso di strumenti. Le attività considerate sono:

- usare il telefono
- fare la spesa
- preparare i pasti
- curare la casa
- lavare la biancheria
- usare i mezzi di trasporto
- prendere le medicine
- gestire il denaro

La scala è utilizzata nella forma dicotomica originale, che prevede per ogni funzione due punteggi:

- *0=dipendente*
- *1=indipendente*

L'assegnazione del punteggio si basa sul grado di indipendenza del paziente e sull'eventuale necessità di assistenza o supervisione durante lo svolgimento del compito. Il punteggio totale viene assegnato come somma delle attività indipendentemente eseguite.

Alcune delle attività strumentali considerate sono genere specifico venendo abitualmente svolte solo da donne (preparare i pasti, curare la casa e lavare), ciò comporta una valutazione con punteggi differenziati tra i due sessi. È pertanto importante barrare la casella corrispondente a "*non applicabile*" quando il mancato esercizio di un'attività non è dovuto a perdita della funzione (cioè quando l'attività non è mai stata svolta anche quando le persone erano completamente autosufficienti) oppure quando l'impossibilità è dovuta a cause ambientali. Nel dubbio, specialmente per quanto riguarda gli uomini e quelle attività identificate come "prevalentemente svolte dalle donne", preferire la scelta "non applicabile".
La valutazione da parte dell'operatore (infermiere, OSS) avviene sulla base di informazioni fornite dal soggetto stesso, se cognitivamente capace, oppure dal caregiver.
Se una attività viene svolta solo qualche volta, ma il soggetto risulta capace in queste occasioni, si considera in grado di svolgere la funzione.
Non è definito un punteggio soglia che identifichi l'indipendenza nelle IADL, mentre è stato proposto, per lo *screening* della demenza di grado lieve in soggetti ultrasettantacinquenni, un punteggio *cut-off* <5.

Per la somministrazione della scala nei differenti tempi del progetto, i somministratori devono basarsi sul seguente schema:

a) Somministrazione all'ingresso nel reparto → valutazione delle IADL al momento immediatamente precedente l'evento che ha provocato il ricovero.
b) Follow-up → valutazione delle IADL allo stato attuale (1 mese dal ricovero/6 mesi dal ricovero).

Sezione 2: Attività strumentali della vita quotidiana (IADL)				
		Ingresso	**1 mese**	**6 mesi**
1)	**ABILITA' AD USARE IL TELEFONO**			
A.	Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero telefonico e lo compone.	**1**	**1**	**1**
B.	Compone solo pochi numeri ben conosciuti.	**1**	**1**	**1**
C.	Risponde al telefono, ma non compone i numeri.	**1**	**1**	**1**
D.	È incapace di usare il telefono.	**0**	**0**	**0**
2)	**SPOSTAMENTI FUORI CASA**			
A.	Viaggia autonomamente, servendosi dei mezzi pubblici o della propria automobile.	**1**	**1**	**1**
B.	Fa uso di taxi, ma non è capace di usare mezzi pubblici.	**1**	**1**	**1**
C.	Viaggia su mezzi pubblici solo se assistito o accompagnato.	**1**	**1**	**1**
D.	Viaggia in macchina o in taxi quando è assistito o accompagnato da altri.	**0**	**0**	**0**
E.	Non può viaggiare affatto.	**0**	**0**	**0**
3)	**ASSUNZIONE DEI PROPRI FARMACI**			
A.	È capace di assumere correttamente le medicine.	**1**	**1**	**1**
B.	È capace di assumere le medicine solo se in precedenza già preparate e separate.	**0**	**0**	**0**
C.	È incapace di assumere da solo le medicine.	**0**	**0**	**0**
4)	**USO DEL PROPRIO DENARO**			
A.	Provvede in modo autonomo alle proprie finanze (conti, fare assegni, pagare l'affitto e altre spese, andare in banca), controlla le proprie entrate.	**1**	**1**	**1**
B.	Provvede alle spese ed ai conti quotidiani, ma ha bisogno di aiuto per le operazioni maggiori (andare in banca, fare assegni, fare grosse spese ecc.)	**1**	**1**	**1**
C.	È incapace di maneggiare il denaro in modo proprio.	**0**	**0**	**0**
5)	**FARE LA SPESA** ❑ non strettamente applicabile e pertinente			
A.	Si prende cura della spesa e la fa in maniera autonoma.	**1**	**1**	**1**
B.	E' capace di effettuare solo piccoli acquisti.	**0**	**0**	**0**
C.	Ha bisogno di essere accompagnato per qualunque tipo di acquisto.	**0**	**0**	**0**
D.	E' completamente incapace di fare la spesa.	**0**	**0**	**0**
6)	**PREPARARE I PASTI** ❑ non strettamente applicabile e pertinente			
A.	Pianifica i pasti, li prepara adeguatamente e li serve in maniera autonoma.	**1**	**1**	**1**
B.	Prepara i pasti solo se gli si forniscono tutti gli ingredienti.	**0**	**0**	**0**
C.	E' in grado solo di riscaldare cibi già pronti, oppure prepara i cibi in maniera non costante tanto da non riuscire a mantenere un'alimentazione adeguata.	**0**	**0**	**0**
D.	Ha bisogno di cibi già preparati e di essere servito.	**0**	**0**	**0**
	(continua nella pag. successiva)			

7)	**CURA DELLA CASA** ❑ non strettamente applicabile e pertinente	**Ingresso**	**1 mese**	**6 mesi**
A.	Riesce ad occuparsi della casa autonomamente o con occasionale aiuto per i lavori pesanti.	**1**	**1**	**1**
B.	Riesce ad effettuare i lavori domestici leggeri come lavare i piatti, rifare il letto, ecc.	**1**	**1**	**1**
C.	Riesce ad effettuare lavori domestici leggeri, ma non è capace di mantenere un livello adeguato di pulizia.	**1**	**1**	**1**
D.	Ha bisogno di aiuto per tutte le pulizie della casa.	**0**	**0**	**0**
E.	E' completamente disinteressato a qualsiasi faccenda domestica.	**0**	**0**	**0**
8)	**FARE IL BUCATO** ❑ non strettamente applicabile e pertinente			
A.	Lava tutta la propria biancheria.	**1**	**1**	**1**
B.	Lava solo i piccoli indumenti.	**1**	**1**	**1**
C.	Tutto il bucato deve essere fatto da altri.	**0**	**0**	**0**
	TOTALE IADL			

Sezione 3:
Indice di comorbilità (Cumulative Illness Rating Scale – CIRS)

La Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (Parmalee *et al.*, 1995) misura lo stato di salute somatica del soggetto anziano. Il risultato della CIRS, derivato da tutti i dati medici disponibili, rappresenta un indice di comorbilità adeguato in una popolazione geriatrica: è un efficace indicatore dello stato di salute somatica dell'anziano fragile.
Lo strumento valuta 14 categorie di patologie:

- cardiache
- ipertensive
- vascolari
- respiratorie
- dell'occhio, orecchio, naso, gola, laringe (OONGL)
- dell'apparato gastrointestinale superiore
- dell'apparato gastrointestinale inferiore
- epatiche
- renali
- genito-urinarie
- del sistema muscolo-scheletro-cute
- del sistema nervoso
- endocrino-metaboliche
- psichiatrico-comportamentali

La CIRS richiede che *il medico* definisca la severità clinica e funzionale delle 14 categorie sulla base dell'anamnesi patologica, della revisione della documentazione sanitaria e dei test di laboratorio, dell'esame fisico e della sintomatologia presentata. Il medico farà particolare riferimento alla disabilità funzionale che le patologie determinano, secondo un modello che considera lo stato funzionale quale migliore indicatore di salute.
La CIRS non richiede strumenti sofisticati né indagini specifiche, ma è sufficiente l'anamnesi e l'esame obiettivo. Naturalmente non sostituisce gli strumenti più complessi utilizzati in ambiti clinici, anche se una raccolta sistematica del livello di comorbilità è sempre raccomandata.
È preferibile l'esame del soggetto, piuttosto che l'analisi retrospettiva della documentazione, per meglio chiarire l'attribuzione dei livelli di punteggio all'interno di ogni categoria di patologia.

Ogni item è valutato secondo una scala ordinale con livelli di gravità crescente da 1 (patologia assente) a 5 (patologia molto grave).
Si ottengono due misure:

- Indice di severità (*Severity Index - SI*), che risulta dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie. Il massimo punteggio ottenibile è 5.
- Indice di comorbilità (*Comorbidity Index - CI*), che rappresenta il numero delle categorie con punteggio uguale o superiore a 3 (riferito solo alle prime 13 categorie). Il massimo punteggio ottenibile è 13.

(È escluso dal conteggio l'item 14 (psichiatrico-comportamentale) per evitare fraintendimenti tra salute mentale e capacità cognitiva.)

L'impatto di una patologia di grado rilevante sullo stato di salute può non essere evidenziato dal solo punteggio rappresentato dall'indice di severità. Per evitare di sottostimare la presenza di patologie condizionanti morbilità importanti è stato aggiunto l'indice di comorbilità, il cui punteggio aiuta a definire se l'indice di severità è determinato da pochi gravi problemi o da molti problemi di gravità minore.

La severità dei problemi per ciascuna categoria viene definita e conteggiata nel seguente modo:

1) Non esiste patologia.
2) La patologia non interferisce con la normale attività, il trattamento può anche essere evitato e la prognosi è buona.
3) La patologia interferisce con la normale attività, la cura è necessaria e la prognosi è favorevole.
4) La patologia è disabilitante, la cura è urgente e la prognosi è riservata.
5) La patologia pone a rischio la sopravvivenza del soggetto, la cura è urgente o addirittura inefficace, la prognosi è grave.

Se, per una determinata categoria, fossero identificati più problemi di diversa severità sarà conteggiato per quell'*item* il punteggio maggiore.

Per la somministrazione della scala nei differenti tempi del progetto, i somministratori devono basarsi sul seguente schema:

a) Somministrazione all'ingresso nel reparto → valutazione della comorbilità al momento del ricovero.
b) Follow-up → *solo se il paziente si trova ancora nella struttura in cui è stato reclutato:* valutazione della comorbilità allo stato attuale (1 mese dal ricovero).

Sezione 3: Indice di comorbilità (CIRS)											
Menomazione:	*1=nessuna*	*2= lieve*	*3= moderata*	*4= grave*	*5= molto grave*						
						Ingresso					**1 mese**				
1.	**Patologie cardiache** (solo cuore)					**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2.	**Ipertensione** (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)					**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3.	**Patologie vascolari** (sangue vasi midollo, milza, sistema linfatico)					**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4.	**Patologie respiratorie** (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)					**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5.	**Occhi/O.R.L.** (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)					**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6.	**Apparato gastroenterico superiore** (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari epato-pancreatiche; escluso diabete)					**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7.	**Apparato gastroenterico inferiore** (intestino, ernie)					**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8.	**Patologie epatiche**					**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9.	**Patologie renali** (solo rene)					**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10.	**Altre patologie genito-urinarie** (ureteri, vescica, uretra, prostata e genitali)					**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11.	**Sistema muscolo-scheletrico-cute**					**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12.	**Patologie sistema nervoso** (s.n.c. e periferico, esclusa demenza)					**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13.	**Patologie endocrino-metaboliche** (include diabete, sepsi, stati tossici)					**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14.	**Patologie psichiatriche e comportamentali** (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)					**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	CIRS SEVERITY INDEX														
	CIRS COMORBILITY INDEX														

Sezione 4:
Valutazione del rischio di lesioni da pressione (Braden)

La scala di Braden per la valutazione del rischio di lesioni da pressione (Bergstrom *et al.*, 1987) è uno strumento per la valutazione del rischio di insorgenza di lesioni da compressione, validato specificatamente in soggetti anziani fisicamente e cognitivamente compromessi, che viene comunemente utilizzato in ambito ospedaliero, domiciliare, riabilitativo e di lungodegenza. È ritenuta completa e di facile applicazione (e rappresenta oggi uno dei sistemi di valutazione più diffusi.
La scala è composta da 6 indici: ciascuno di questi misura le capacità funzionali del paziente che contribuiscono a un aumento di durata o di intensità della pressione o a una bassa tolleranza del tessuto cutaneo alla pressione stessa.

Gli indici misurati si riferiscono a:

- Percezione sensoriale (capacità di rispondere adeguatamente al disagio legato alla compressione)
- Umidità cutanea (entità dell'esposizione della cute all'umidità)
- Attività (grado di attività fisica)
- Mobilità (capacità di cambiare e controllare la posizione del corpo)
- Alimentazione (caratteristiche abituali dell'assunzione alimentare
- Frizione e scivolamento (presenza o meno di problemi in queste attività)

La condizione clinica dei primi 5 item è misurata su una scala ordinale a quattro livelli da 1 (elevata compromissione) a 4 (assenza di compromissione); per l'ultimo item è previsto invece un punteggio 1-3 ad indicare presenza, potenziale presenza o assenza di problemi. Ad ogni item corrisponde una descrizione di massima della condizione del paziente per orientare l'assegnazione del punteggio.

La valutazione può essere effettuata da un infermiere professionale o da altro personale senza addestramento specifico. La somma dei punteggi di ciascun *item* determina il punteggio totale della scala di Braden (*range* da 6 a 23). Un punteggio totale basso indica un basso livello di funzionamento e di conseguenza un maggiore rischio di sviluppo di lesioni da pressione.
Per l'interpretazione del punteggio è stata proposta la seguente classificazione:

- > 18 = assenza di rischio;
- 18 – 16 = basso rischio;
- 15 – 13 = rischio moderato;
- < 13 = rischio elevato.

Per la somministrazione della scala nei differenti tempi del progetto, i somministratori devono basarsi sul seguente schema:

a) Somministrazione all'ingresso nel reparto → valutazione del rischio di lesioni da pressione al momento del ricovero.
b) Follow-up → *solo se il paziente si trova ancora nella struttura in cui è stato reclutato:* valutazione del rischio di lesioni da pressione allo stato attuale (1 mese dal ricovero).

Sezione 4: Valutazione del rischio di lesioni da pressione (Braden)		
1) Percezione sensoriale (Capacità di rispondere adeguatamente al disagio legato alla compressione)	**Ingresso**	**1 mese**
Limitatissima Non responsivo (non si alimenta, non si sposta, non si afferra) agli stimoli dolorosi, a causa del ridotto livello di coscienza o della sedazione farmacologica. *Oppure*: Ridotta capacità di percezione del dolore sulla maggior parte della superficie corporea.	**1**	**1**
Molto limitata Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non è in grado di manifestare il disagio se non attraverso lamenti o agitazione *Oppure*: Presenta una compromissione sensoriale che limita la capacità di percepire dolore o disagio su oltre la metà del corpo.	**2**	**2**
Lievemente limitata Risponde agli ordini verbali, ma non sempre è in grado di manifestare il disagio o il bisogno di essere girato.	**3**	**3**
Nessuna limitazione Risponde agli ordini verbali. Non presenta deficit sensoriali che limitino la capacità di percepire o riferire dolore o disagio.	**4**	**4**
2) Umidità cutanea (Entità dell'esposizione della cute all'umidità)		
Permanentemente umida La cute è costantemente bagnata da sudorazione, urine, ecc. Si riscontra umidità ogni qualvolta il paziente viene mosso o girato.	**1**	**1**
Molto umida La cute è spesso ma non sempre umida. La biancheria deve essere cambiata almeno ad ogni turno.	**2**	**2**
Occasionalmente umida La cute è occasionalmente umida, richiedente un cambio di biancheria supplementare all'incirca una volta al giorno.	**3**	**3**
Raramente umida La cute è abitualmente secca, la biancheria deve essere cambiata ad intervalli routinari.	**4**	**4**
3) Attività (Grado di attività fisica)		
Allettato	**1**	**1**
In poltrona La capacità di camminare è gravemente limitata o assente. Non è in grado di reggere il proprio peso e/o deve essere assistito per sedersi in poltrona o carrozzella.	**2**	**2**
Cammina occasionalmente Cammina occasionalmente nel corso della giornata, ma per tratti molto brevi, con o senza assistenza. Passa la maggior parte del tempo a letto o in poltrona.	**3**	**3**
Cammina spesso È in grado di camminare fuori dalla camere almeno due volte al giorno e nella camera almeno una volta ogni due ore durante il giorno.	**4**	**4**

4) Mobilità (Capacità di cambiare e controllare la posizione del corpo)	**Ingresso**	**1 mese**
Assente Non è in grado di effettuare neppure lievi cambi nella posizione del corpo o degli arti senza assistenza.	**1**	**1**
Molto limitata È in grado di effettuare occasionalmente lievi cambi nella posizione del corpo e degli arti, ma non di effettuare autonomamente cambi frequenti o consistenti.	**2**	**2**
Lievemente limitata Effettua frequenti ma limitati cambi di posizione del corpo o degli arti in modo autonomo**.**	**3**	**3**
Non limitata Effettua frequenti e impegnativi cambi di posizione senza assistenza.	**4**	**4**
5) Alimentazione (Abituali caratteristiche dell'assunzione alimentare)		
Molto scadente Non consuma mai un pasto completo. Raramente introduce più di 1/3 di quanto gli viene offerto.Introduce meno di 2 porzioni di cibi proteici (carne o latticini) al giorno. L'introduzione di liquidi è scarsa. Non assume supplementi dietetici liquidi *Oppure*: È stato mantenuto a dieta solo idrica o per via venosa per più di 5 giorni.	**1**	**1**
Probabilmente inadeguata Raramente consuma un pasto completo e generalmente introduce solo circa la metà di quanto gli viene offerto. L'apporto proteico consiste solo in 3 porzioni di carne o latticini al giorno. Occasionalmente introduce un supplemento dietetico. *Oppure*: Riceve meno della quantità ottimale di alimenti liquidi o per sondino.	**2**	**2**
Adeguata Consuma oltre la maggior parte dei pasti. Introduce un totale di 4 porzioni di cibi proteici(carne, latticini) al giorno. Occasionalmente rifiuta un pasto, ma abitualmente accetta un supplemento, se offerto *Oppure*: Si trova sotto alimentazione per sondino o parenterale totale, che probabilmente soddisfano la maggior parte del fabbisogno nutrizionale.	**3**	**3**
Eccellente Consuma la maggior parte di tutti i pasti. Non rifiuta mai il cibo.Abitualmente introduce 4 o più porzioni di carne e latticini al giorno. Occasionalmente mangia fuori pasto. Non necessita di supplementi	**4**	**4**
6) Frizione e scivolamento		
Problema presente Richiede assistenza consistente o totale per muoversi. È impossibile il sollevamento completo senza strisciare contro le lenzuola. Scivola frequentemente verso il basso quando è a letto o in poltrona, richiedendo un frequente riposizionamento con il massimo di assistenza. Spasticità, contratture o agitazione comportano una frizione della cute pressoché continua.	**1**	**1**
Problema potenziale Si muove difficilmente o richiede un minimo di assistenza. Durante i movimenti è probabile che la cute strisci contro lenzuola, poltrona, mezzi di contenzione o altro. Riesce a mantenere una posizione relativamente buona in poltrona o a letto per la maggior parte del tempo ma occasionalmente scivola verso il basso.	**2**	**2**
Nessun problema apparente Si muove autonomamente a letto o in poltrona ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti. Mantiene una buona posizione a letto o in poltrona in ogni movimento.	**3**	**3**
TOTALE BRADEN		

Sezione 5:
Scala di valutazione dello stato mentale (Short Portable Mental Status Questionnaire – SPMSQ)

Lo Short Portable Mental Status Questionnaire (Pfeiffer, 1975) è un test ideato per rilevare la presenza e l'intensità delle perturbazioni cognitive di origine organica in pazienti anziani. È composto da una lista di dieci domande che indagano alcuni aspetti delle capacità cognitive:

- 7 item sono focalizzati sull'orientamento (spazio-temporale, personale e circostante)
- 2 item valutano la memoria a lungo termine (numero di telefono/indirizzo e cognome della madre)
- 1 item valuta la capacità di concentrazione (sottrazione seriale)

Lo SPMSQ può essere somministrato sia da personale medico che da altro operatore sanitario (infermiere, OSS) ed è utilizzabile in qualsiasi tipo di *setting* (domiciliare, ambulatoriale, residenziale e ospedaliero).
Possono essere sottoposti allo SPMSQ anche soggetti non vedenti o che presentano limitazioni funzionali all'arto superiore dominante.

Il punteggio al test viene calcolato conteggiando 1 punto per ogni risposta corretta in una scala ordinale da 0 (massimo deficit cognitivo) a 10 (assenza di deficit cognitivo). La capacità di risposta alle domande varia con l'educazione, per cui è necessario indicare il grado di scolarità del paziente.

Non è possibile confermare la correttezza di tutte le risposte (es.: numero telefonico, cognome della madre) cosicché le risposte saranno accettate per la loro logicità (es.: se il cognome della madre differisce da quello del soggetto). Allo stesso modo la difficoltà di due *item* varia con le circostanze della cronaca (il nome del Presidente e del Papa, attuali e precedenti, sono più facili nel periodo di elezione).

Le domande vanno proposte nell'ordine del test e va registrato il numero totale di errori, considerando tali anche il rifiuto a rispondere a una o più domande e assegnando il seguente punteggio dicotomico a ogni risposta:

- *0=sbagliata*
- *1=corretta*

Le risposte devono essere date senza utilizzare aiuti della memoria (calendario, giornale, certificato di nascita o altro). Per ogni domanda vanno considerate le seguenti specifiche:

1) La risposta viene considerata errata anche se è sbagliato un solo elemento della data (giorno/mese/anno).
2) Non richiede spiegazione.
3) La risposta è corretta se viene fornita una qualsiasi indicazione che consenta il riconoscimento del posto (es.: "la mia casa" o "in ospedale", "in una casa di riposo", così come il nome dell'ospedale o dell'istituto).
4) La risposta è considerata corretta se tutti i numeri del telefono sono riferiti esattamente e se questo può essere verificato o se viene ripetuto successivamente senza modificazioni. Nella variazione prevista se il soggetto non ha telefono, la risposta è considerata errata se viene sbagliata la via o il numero civico o il paese/città.

5) La risposta è considerata corretta se l'età corrisponde alla data di nascita.
6) La risposta viene considerata corretta solo se giorno/mese/anno di nascita sono riferiti correttamente.
7) Non richiede spiegazione.
8) Non richiede spiegazione.
9) Il cognome andrebbe accertato tramite i familiari. Se la verifica non fosse possibile, viene considerato corretto un cognome diverso da quello del paziente.
10) La risposta è considerata errata al primo errore nella sottrazione (l'intera serie deve essere esatta: 17; 14; 11; 8; 5; 2).

La capacità di risposta alle domande varia con l'educazione; per questo la scolarità viene classificata in tre livelli (meno della scuola dell'obbligo/scuola dell'obbligo/oltre la scuola dell'obbligo).
Per soggetti con scolarità intermedia sono stati proposti i seguenti *cut-score*:

- 0 – 2 punti = severo deterioramento cognitivo
- 3 – 4 punti = moderato deterioramento cognitivo
- 5 – 7 punti = lieve deterioramento cognitivo
- 8 – 10 punti = funzioni cognitive intatte

Se il soggetto ha un livello d'istruzione inferiore alla scuola dell'obbligo si ammette un errore in più, mentre se il livello è superiore alla scuola dell'obbligo si ammette un errore in meno.

Per la somministrazione della scala nei differenti tempi del progetto, i somministratori devono basarsi sul seguente schema:

a) Somministrazione all'ingresso nel reparto → valutazione dello stato cognitivo al momento del ricovero.
b) Follow-up → *solo se il paziente si trova ancora nella struttura in cui è stato reclutato:* valutazione dello stato cognitivo allo stato attuale (1 mese dal ricovero).

Sezione 5: Valutazione dello stato mentale (SPMSQ)					
		Ingresso		**1 mese**	
		Sì	**No**	**Sì**	**No**
1.	Che giorno è oggi? (giorno, mese ed anno)	**1**	**0**	**1**	**0**
2.	Che giorno della settimana?	**1**	**0**	**1**	**0**
3.	Qual'è il nome di questo posto?	**1**	**0**	**1**	**0**
4.	Qual'è il suo numero di telefono? (oppure: Qual'è il suo indirizzo?)	**1**	**0**	**1**	**0**
5.	Quanti anni ha?	**1**	**0**	**1**	**0**
6.	Quando è nato?	**1**	**0**	**1**	**0**
7.	Chi è l'attuale Papa?	**1**	**0**	**1**	**0**
8.	Chi è l'attuale Presidente della Repubblica?	**1**	**0**	**1**	**0**
9.	Qual'era il cognome di sua madre prima di sposarsi?	**1**	**0**	**1**	**0**
10.	Faccia 20-3, poi ancora -3 sino a raggiungere 2	**1**	**0**	**1**	**0**
	TOTALE SPMSQ				

Sezione 6:
Valutazione della qualità della vita

La scala di valutazione della qualità della vita nel paziente anziano è un adattamento dello European Quality of Life Questionnaire (EuroQoL, 1990), uno strumento multidimensionale correlato allo stato generale di salute ma indipendente dalla specifica patologia, utile per valutare i risultati dell'assistenza sanitaria prestata e per fornire indicazioni sull'allocazione delle risorse ad essa destinate.
Nello specifico, per l'attuale progetto di ricerca viene utilizzata la seconda parte dello strumento, rappresentata da una scala analogica visiva (*VAS-Visual Analogue Scale*) che il soggetto utilizza per dare una valutazione del proprio stato di salute.

La scala analogico-visiva rappresenta un "termometro" graduato che varia da 1 a 10; i punteggi indicano rispettivamente il peggiore e migliore stato di salute possibile percepito dal paziente, che deve indicare su questa scala la propria condizione. È generalmente utilizzata per monitorare le variazioni dello stato di salute dei pazienti e per la valutazione di efficacia degli interventi sulla qualità della vita.

Nella versione originale l'EuroQol è un questionario concepito per l'autovalutazione, ma è prevista la somministrazione tramite intervista per i pazienti che, a causa problemi fisici, non possono completarlo autonomamente; inoltre, quando le abilità cognitive dell'anziano sono gravemente compromesse, lo strumento può essere compilato da un suo familiare o da altro *caregiver*, mantenendo una sufficiente attendibilità.
Nell'adattamento attuale, lo strumento si riduce a una sola domanda da rivolgere all'anziano (o a un familiare o *caregiver*), semplificata in modo da poter essere facilmente comprensibile e riconducibile a una situazione nota al paziente. In pratica, ai partecipanti è richiesto di "*dare un voto da 1 a 10*" alle propria qualità della vita, intesa nel senso delle proprie condizioni di salute.

Per la somministrazione della scala nei differenti tempi del progetto, i somministratori devono basarsi sulla seguente tabella:

a) Somministrazione all'ingresso nel reparto → valutazione della qualità della vita percepita al momento del ricovero.
b) Follow-up → valutazione della qualità della vita percepita allo stato attuale (1 mese dal ricovero/6 mesi dal ricovero).

Sezione 6: Valutazione della qualità della vita									
Dia un voto da 1 a 10 al Suo stato di salute oggi: *(1= il peggiore stato di salute possibile-10= il migliore stato di salute possibile*									
Ingresso									
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
1 mese									
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
6 mesi									
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**

Sezione 7:
Geriatric Depression Scale (GDS)

La Geriatric Depression Scale (GDS; Yesavage *et al.*, 1983) è uno strumento ideato per valutare la presenza di depressione in pazienti anziani.
La GDS minimizza gli aspetti somatici della depressione, considerati confondenti e poco specifici nell'anziano, mentre ne approfondisce l'aspetto affettivo. Sono state inoltre evitate domande che generalmente in tarda età provocano maggiori meccanismi difensivi (es.: vita sessuale, aspettativa di vita, preoccupazione di morte).

- Soddisfazione per la propria vita (item 1 e 4)
- Modificazione dell'umore (item 2)
- Ansia (item 3)
- Iniziativa/partecipazione sociale (item 5)

La scala è in forma dicotomica e il punteggio viene assegnato in base alle risposte del paziente:

- *0=no*
- *1=sì*

N.B.: Questo non vale per l'item 1, che presenta un punteggio rovesciato (1=no, 0=sì). La somma dei punteggi relativi determina il punteggio totale della GDS.

La scala deve essere somministrata solo se il paziente non presenta compromissione dello stato cognitivo dai risultati del test precedente (SPMSQ). Le domande sottoposte al soggetto sono riferite allo stato affettivo avvertito nel corso della settimana precedente l'effettuazione del test. Il punteggio di cut off individuato è 1.

Se la scala è somministrata mediante intervista orale si devono sollecitare risposte chiare. se necessario riformulare la domanda e ripetere, durante la lettura delle domande, la frase: "Deve rispondere semplicemente: Si o No".
È altrettanto importante non cambiare la struttura formale della domanda per non confondere il valore della risposta ottenuta e quindi modificare il significato clinico della stessa.

La GDS è somministrabile mediante questionario autovalutativo da parte del paziente, ma spesso questo metodo non risulta appropriato per la presenza di scarsa motivazione, deficit cognitivi oppure sensoriali e/o di bassa scolarità.
Un'alternativa possibile è la somministrazione da parte di un medico o un operatore dopo minimo addestramento, poiché il test non richiede competenza psichiatrica.

Per la somministrazione della scala nei differenti tempi del progetto, i somministratori devono basarsi sul seguente schema:

a) Somministrazione all'ingresso nel reparto → valutazione della depressione al momento del ricovero.
b) Follow-up → <u>*solo se il paziente si trova ancora nella struttura in cui è stato reclutato:*</u> valutazione della depressione allo stato attuale (1 mese dal ricovero).

Sezione 7: Geriatric Depression Scale (GDS)				
Per ogni domanda scelga la risposta che meglio corrisponde a come si è sentito nell'ultima settimana	**Ingresso**		**1 mese**	
	Sì	**No**	**Sì**	**No**
1. È soddisfatto della vita?	**0**	**1**	**0**	**1**
2. Si sente spesso stanco o annoiato?	**1**	**0**	**1**	**0**
3. Si sente spesso solo o abbandonato?	**1**	**0**	**1**	**0**
4. Preferisce rimanere in casa o uscire e fare cose nuove?	**1**	**0**	**1**	**0**
5. Si sente poco utile?	**1**	**0**	**1**	**0**
TOTALE GDS				

Sezione 7-bis:
Aphasic Depression Rating Scale (ADRS)

La Aphasic Depression Rating Scale (ADRS; Benaim *et al.*, 2004) è stata creata per rilevare la presenza di uno stato depressivo nei pazienti che non sono in grado di parlare durante la fase subacuta dello stroke.

Valutare la presenza di depressione nella fase post-stroke risulta particolarmente difficile, *in primis* perché alcuni sintomi vegetativi derivanti da questo (affaticamento, rallentamento psicomotorio, insonnia…) si sovrappongono ai criteri del DSM-IV-TR per la diagnosi di depressione; inoltre, un paziente su 3 sopravvissuti a uno stroke è affetto da afasia e *impairment* della comprensione linguistica e delle abilità espressive. Pertanto, ***qualora i partecipanti alla ricerca fossero affetti da afasia è necessario utilizzare questa scala anziché la Geriatric Depression Scale presentata nel capitolo precedente.***

L'ADRS si pone infatti come strumento per la valutazione dello stato depressivo in pazienti affetti da afasia grave ed è stato costruito grazie all'osservazione e analisi di alcuni tipici comportamenti indicativi di depressione.

Nello specifico, la scala copre le seguenti aree:

- Affaticabilità
- Ansia psichica
- Ansia somatica
- Sintomi somatici gastrointestinali
- Ipocondriasi
- Perdita di peso
- Tristezza apparente
- Mimica facciale
- Insonnia

La valutazione si basa sull'osservazione del comportamento del paziente e non richiede risposte da parte di questi. Per ciascuno degli item, corrispondenti ai comportamenti osservati, è possibile attribuire un punteggio crescente, tenendo presente che 0=comportamento assente, mentre all'aumentare del punteggio corrisponde una situazione sempre più grave del paziente.

Per la somministrazione della scala nei differenti tempi del progetto, i somministratori devono basarsi sul seguente schema:

a) Somministrazione all'ingresso nel reparto → valutazione della depressione al momento del ricovero.
b) Follow-up → *solo se il paziente si trova ancora nella struttura in cui è stato reclutato:* valutazione della depressione allo stato attuale (1 mese dal ricovero).

Sezione 7-bis: Aphasic Depression Rating Scale (ADRS)		
	Ingresso	**1 mese**
1. Insonnia		
No	0	0
Disturbi del sonno riferiti dal paziente o dal personale	1	1
Deambula durante la notte, si alza dal letto o tenta di alzarsi	2	2
2. Ansia psichica		
No	0	0
Tensione/irritabilità	1	1
Si inquieta per piccole cose	2	2
Apprensività evidente	3	3
Apprensività/ansia molto evidente	4	4
3. Ansia somatica (*sintomi gastrointestinali, cardiovascolari, respiratori, urinari)*		
No	0	0
Lievi	1	1
Moderati	2	2
Severi	3	3
Molto severi	4	4
4. Sintomi somatici gastrointestinali		
Nessuno	0	0
Perdita appetito ma continua a mangiare	1	1
Non mangia; richiede farmaci per trattare i disturbi GI	2	2
5. Ipocondriasi		
Assente	0	0
Il paziente autogestisce le sue preoccupazioni	1	1
Preoccupazioni manifeste	2	2
Frequenti richieste di aiuto	3	3
Ipocondriasi manifesta	4	4
6. Perdita di peso		
Meno di 0.5 kg/settimana	0	0
0.5-1 kg/settimana	1	1
> 1 kg/settimana	2	2
7. Tristezza apparente		
No	0	0
Tra 0 e 2	1	1
Sorride senza difficoltà	2	2
Tra 2 e 4	3	3
Triste, infelice la maggior parte del tempo	4	4
Tra 4 e 6	5	5
Sempre triste	6	6

8.	**Mimica facciale**		
	Muove il volto, esplora, si interessa	0	0
	Lieve riduzione della mimica facciale	1	1
	Mimica sicuramente ridotta ma comunque espressiva, volge lo sguardo intorno	2	2
	Non muove la testa, non sorride, non cambia espressione	3	3
	Immobile e inespressivo	4	4
9.	**Affaticabilità**		
	No	0	0
	Non spontanea, emerge nel corso della visita	1	1
	Presente e limitante le comuni attività (mangiare, lavarsi,vestirsi)	2	2
	Presente e tale da impedire alcune attività	3	3
	Incapacità a compiere qualsiasi attività	4	4
	TOTALE ADRS		

Sezione 8:
Valutazione del dolore

La valutazione del dolore fornisce informazioni cruciali per la gestione dei piani assistenziali: dal momento che non esistono misure oggettive di dolore ricavabili da esami di laboratorio o indici fisiologici, la misura più affidabile rimane la rilevazione dcella percezione soggettiva del dolore da parte del paziente mediante uno strumento di self report.
In questo senso il coordinamento regionale per la lotta al dolore ha scelto di adottare la scala numerica (NRS, Numeric Rating Scale; Hartrick *et al.*, 2003), già ampiamente diffusa in Emilia-Romagna, quale strumento unico regionale per la misurazione del dolore sia in ospedale, sia sul territorio.

Si tratta di uno degli strumenti più utilizzati nell'assistenza sanitaria a livello internazionale rispetto alla misurazione del dolore percepito dai pazienti: è una semplice scala a punti numerata da 0 a 10, in cui il paziente sceglie un valore che va da 0 (assenza di dolore) a 10 (massimo dolore). Un valore 1-3 è considerato indice di dolore lieve, 4–7 dolore moderato, 8-10 dolore grave.

Al momento della somministrazione, l'operatore deve dapprima chiedere al paziente se percepisce un dolore di qualche genere e successivamente di definirne il livello, tenendo presente che 0 corrisponde a nessun dolore e 10 al peggior dolore mai provato nella propria vita.
Qualora si presentassero dubbi o ambiguità, è possibile chiedere al paziente di specificare con alcuni descrittori verbali l'intensità e la tipologia di dolore provato.

Per la somministrazione della scala nei differenti tempi del progetto, i somministratori devono basarsi sulla seguente tabella:

a) Somministrazione all'ingresso nel reparto → valutazione del dolore percepito al momento del ricovero.
b) Follow-up → valutazione del dolore percepito allo stato attuale (1 mese dal ricovero/6 mesi dal ricovero).

Sezione 8: Valutazione del dolore										
Quanto dolore prova al momento? (0 = nessun dolore – 10 = massimo dolore)										
Ingresso										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
1 mese										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
6 mesi										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**

Sezione 8-bis:
Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)

Valutare il grado di dolore percepito dal paziente può non essere sempre facile per una serie di motivi: da un lato alcuni pazienti anziani si aspettano il dolore come conseguenza dell'età e non credono che questo possa essere alleviato; inoltre i danni sensoriali e cognitivi a cui va frequentemente incontro l'anziano fragile possono rendere impossibile un self-report adeguato del dolore percepito.

Qualora i pazienti presentassero disturbi cognitivi o difficoltà di comunicazione, è possibile utilizzare uno strumento come il Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD; Warden *et al.*, 2003), che si basa sulla valutazione di specifici indici comportamentali e fisiologici dai quali è possibile ricavare un punteggio. Pertanto, ***quando il paziente reclutato non è in grado di esprimere a parole il livello di dolore percepito è necessario utilizzare questo strumento e non la scala di valutazione numerica presentata nel capitolo precedente.***

La scala PAINAD rileva la presenza di dolore valutando 5 aree comportamentali ad esso collegate, ovvero:

- Respirazione
- Vocalizzazione
- Espressioni del volto
- Linguaggio del corpo
- Consolazione

A ciascuno di questi comportamenti è attribuito un punteggio basato sull'osservazione del paziente, utilizzando una scala che va da 0 a 2. L'attribuzione del punteggio si basa sulla corrispondenza tra il comportamento del paziente e le descrizioni fornite per ciascun livello dei 5 item.

Il punteggio totale così ottenuto può essere interpretato secondo la stessa modalità applicabile per la scala numerica, ovvero un valore 1-3 è considerato indice di dolore lieve, 4–7 dolore moderato, 8-10 dolore grave.

Per la somministrazione della scala nei differenti tempi del progetto, i somministratori devono basarsi sulla seguente tabella:

a) Somministrazione all'ingresso nel reparto → valutazione del dolore percepito al momento del ricovero.
b) Follow-up → valutazione del dolore percepito allo stato attuale (1 mese dal ricovero/6 mesi dal ricovero).

Sezione 8-bis: Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)			
1. Respirazione	**Ingresso**	**1 mese**	**6 mesi**
Normale	0	0	0
Respiro affannoso	1	1	1
Respiro rumoroso e affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea	2	2	2
2. Vocalizzazione			
Nessun problema	0	0	0
Pianti occasionali o brontolii	1	1	1
Ripetuti urli o lamenti	2	2	2
3. Espressioni del volto			
Sorridente o inespressivo	0	0	0
Triste e/o ciglia aggrottate	1	1	1
Smorfie	2	2	2
4. Linguaggio del corpo			
Rilassato	0	0	0
Teso	1	1	1
Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire	2	2	2
5. Consolazione			
Nessun bisogno di essere consolato	0	0	0
Confuso e che cerca rassicurazione	1	1	1
Incapacità di distrazione e/o consolazione	2	2	2
TOTALE PAINAD			

Sezione 9:
Vulnerabilità psicosociale dell'anziano

La valutazione della vulnerabilità sociale dell'anziano si distacca dalle scale precedenti in quanto non si occupa di valutare una condizione di salute percepita o oggettiva, ma rientra in questa batteria di test principalmente per aver un assessment di base del rischio psicosociale per il paziente.
Lo strumento si concentra su una serie di aree non cliniche, ovvero:

- Zona di residenza e situazione abitativa
- Condizione anagrafica e reti sociali
- Supporto sociale percepito

Le prime due aree sono dedotte da una serie di informazioni raccolte direttamente durante la compilazione della cartella clinica (zona di residenza, accessibilità abitativa, assistenza ricevuta, presenza di coniuge e/o figli).
A queste è stata aggiunta una valutazione del supporto sociale, definito come la percezione soggettiva di avere a disposizione persone di cui ci si può fidare, che si preoccupano e si prendono cura dell'individuo (Cobb, 1976). Si tratta di un concetto centrale per il mantenimento della salute di un individuo piuttosto che per lo sviluppo di una serie di disagi sia fisici che psicologici.
La misurazione del supporto sociale viene effettuata mediante la Oslo-3 Social Support Scale (OSS-3; Dalgard *et al.*, 2006) una scala breve costituita da 3 item che indagano una particolare area ciascuno, ovvero:

1. Facilità con cui si può ottenere aiuto dai propri vicini (scala 1-5)
2. Numero di persone sufficientemente vicine su cui si può contare in caso di problemi (scala 1-4)
3. Interesse/preoccupazione dimostrata dagli altri rispetto all'individuo (scala 1-5)

Un punteggio 3-8 indica un supporto debole, 9-11 un supporto moderato e 12-14 un supporto forte.

Gli item di questa sezione vanno somministrati direttamente all'anziano, ma possono essere compilati con le informazioni fornite da un suo familiare o da altro *caregiver* quando il paziente non possa rispondere autonomamente a causa di compromissione fisica o cognitiva. In ogni caso, sarebbe preferibile che il paziente – ove possibile – rispondesse direttamente agli item relativi al supporto sociale.

La somministrazione della scala va effettuata solo all'ingresso del paziente nel reparto, in quanto si presuppone che gli indici di vulnerabilità non si modifichino tra il momento di ingresso e di uscita dalla struttura; si specifica altresì che per quanto riguarda l'inserimento dati in questo caso non è possibile fornire un indice sintetico, ma vanno indicati i punteggi attribuiti ai singoli item.

Sezione 9: Vulnerabilità psicosociale dell'anziano		
1.	**Zona di residenza:**	
	Urbana	**1**
	Montagna/Collina/Rurale	**0**
2.	**Accessibilità abitativa:**	
	Piano terra o piano alto con ascensore	**2**
	Piano alto senza ascensore	**1**
	Presenza di barriere architettoniche interne	**0**
3.	**Riceve assistenza dal comune?**	
	Sì	**1**
	No	**0**
4.	**Riceve assistenza da volontari?**	
	Sì	**1**
	No	**0**
5.	**Percepisce pensione sociale?**	
	Sì	**1**
	No	**0**
6.	**Coniuge**	
	Vivente	**1**
	Deceduto	**0**
	Se deceduto, da quanti anni? _____	
7.	**Figli**	
7.1	N° figli viventi: _____	
7.2	N° figli conviventi: _____	

8.	**Quanto è facile per Lei farsi aiutare dai Suoi vicini di casa se ne ha bisogno?**				
	Molto difficile				*Molto facile*
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
9.	**Su quante persone vicine a Lei può contare realmente se ha dei problemi?**				
	Nessuno	*1-2*	*3-5*	*Più di 5*	
	1	**2**	**3**	**4**	
10.	**Le persone che Le stanno vicino si preoccupano concretamente per Lei?**				
	Per niente				*Molto*
	1	**2**	**3**	**4**	**5**

Sezione 10:
Blaylock Risk Assessment Screening (BRASS)

Il Blaylock Risk Assessment Screening (BRASS) nasce come parte del sistema di pianificazione della dimissione per pazienti di età superiore a 65 anni (Blaylock e Cason, 1992). La BRASS, somministrata come parte dell'assessment di ammissione del paziente in ospedale, consente di identificare coloro che sono a rischio di ospedalizzazione prolungata e di dimissione difficile: in particolare i pazienti che avranno bisogno dell'attivazione di servizi (o risorse assistenziali anche familiari) per l'assistenza extraospedaliera. Gli infermieri possono utilizzare le informazioni che la BRASS fornisce per pianificare interventi educativi da attuare durante il ricovero e programmi assistenziali domiciliari.

L'indice è composto da una serie di fattori, alcuni relativi allo stato funzionale e cognitivo, altri non connessi a questo ma comunque rilevanti per i pazienti anziani:

- età
- stato funzionale
- stato cognitivo
- supporto sociale e condizioni di vita
- numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso e numero di problemi clinici attivi
- modello comportamentale
- mobilità
- deficit sensoriali
- numero di farmaci assunti

I dati possono essere raccolti da un infermiere o altro operatore intervistando i familiari o il *caregiver* che assiste il malato. Per assegnare un punteggio alla valutazione dello stato funzionale è possibile ricollegarsi a quanto già valutato con la somministrazione di ADL e IADL.

Il punteggio va assegnato in base alle indicazioni riportate nelle singole sezioni della scala; come si potrà notare, solo per la valutazione dello stato funzionale è consentito marcare più di una risposta (ad indicare una possibile molteplicità di aree in cui il paziente anziano è dipendente). Nelle altre sezioni va indicata una sola risposta, cercando tra le descrizioni quella che meglio si addice alle condizioni del paziente esaminato.
Il punteggio totale (somma) ottenuto mediante la BRASS identifica 3 classi di rischio:

- basso (0-10): i soggetti non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata.
- medio (11-19): i soggetti richiedono una pianificazione della dimissione, ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione.
- alto (20-40): i soggetti hanno problemi rilevanti che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni.

Per la somministrazione della scala nei differenti tempi del progetto, i somministratori devono basarsi sul seguente schema:

a) Somministrazione all'ingresso nel reparto → valutazione del rischio di dimissione protetta al momento del ricovero.
b) Follow-up → *solo se il paziente si trova ancora nella struttura in cui è stato reclutato:* valutazione del rischio di dimissione protetta allo stato attuale (1 mese dal ricovero).

Sezione 10: Blaylock Risk Assessment Screening (BRASS)			
		Ingresso	**1 mese**
1.	**Età (una sola opzione)**		
	55 anni o meno	0	0
	56-64 anni	1	1
	65-79 anni	2	2
	80 anni e più	3	3
2.	**Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione)**		
	Vive col coniuge	0	0
	Vive con la famiglia	1	1
	Vive da solo con il sostegno della famiglia/badante	2	2
	Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti	3	3
	Vive solo senza alcun sostegno	4	4
	Assistenza domiciliare/residenziale	5	5
3.	**Stato funzionale (ogni opzione valutata)**		
3.1	Autonomo (indipendente in ADL e IADL)	0	0
3.2	Dipendente in Alimentazione/nutrizione	1	1
3.3	Dipendente in Igiene/Abbigliamento	1	1
3.4	Dipendente in Andare in bagno	1	1
3.5	Dipendente in Spostamenti/mobilità	1	1
3.6	Dipendente in Incontinenza intestinale	1	1
3.7	Dipendente in Incontinenza urinaria	1	1
3.8	Dipendente in Preparazione del cibo	1	1
3.9	Dipendente in Responsabilità nell'uso di medicinali	1	1
3.10	Dipendente in Capacità di gestire il denaro	1	1
3.11	Dipendente in Fare acquisti	1	1
3.12	Dipendente in Utilizzo di mezzi di trasporto	1	1
4.	**Stato cognitivo (una sola opzione** **Sfere: spazio, tempo, luogo e sé*)		
	Orientato	0	0
	Disorientato in alcune sfere* qualche volta	1	1
	Disorientato in alcune sfere* sempre	2	2
	Disorientato in tutte le sfere* qualche volta	3	3
	Disorientato in tutte le sfere* sempre	4	4
	Comatoso	5	5
5.	**Numero dei farmaci assunti (una sola opzione)**		
	Meno di tre farmaci	0	0
	Da tre a cinque farmaci	1	1
	Più di cinque farmaci	2	2

6.	**Modello comportamentale (ogni opzione valutata)**		
6.1	Appropriato	0	0
6.2	Wandering	1	1
6.3	Agitato	1	1
6.4	Confuso	1	1
6.5	Altro	1	1
7.	**Mobilità (una sola opzione)**		
	Deambula	0	0
	Deambula con aiuto di ausili	1	1
	Deambula con assistenza	2	2
	Non deambula	3	3
8.	**Deficit sensoriali (una sola opzione)**		
	Nessuno	0	0
	Deficit visivi o uditivi	1	1
	Deficit visivi e uditivi	2	2
9.	**Numero di ricoveri pregressi /accessi al pronto soccorso (una sola opzione)**		
	Nessuno negli ultimi tre mesi	0	0
	Uno negli ultimi tre mesi	1	1
	Due negli ultimi tre mesi	2	2
	Più di due negli ultimi tre mesi	3	3
10.	**Numero di problemi clinici attivi (una sola opzione)**		
	Tre problemi clinici	0	0
	Da tre a cinque problemi clinici	1	1
	Più di cinque problemi clinici	2	2
	TOTALE BRASS		

Appendice A:

Set minimo per la valutazione multidimensionale dell'anziano con patologia cronica

Set minimo per la valutazione multidimensionale dell'anziano con patologia cronica

Nome paziente: _____

Età: _____

Sesso: _____

Titolo di studio: _____

Codice fiscale: _____

N° cartella clinica _____

N. giorni di degenza (*da rilevare alla dimissione)*: _____

Il paziente è stato ricoverato nuovamente in seguito all'evento? ☐ **Sì** ☐ **No**

Se sì, quante volte? _____

Per pazienti fratturati

Tempo di verticalizzazione post intervento (in giorni): _____

Per pazienti con ictus

Livello di gravità NIHSS alla dimissione (0-42): _____

Data (gg/mm/aa)	Luogo in cui si trova il paziente

Sezione 1: Attività di base della vita quotidiana (BADL)				
		Ingresso	**1 mese**	**6 mesi**
1)	**FARE IL BAGNO** (vasca, doccia, spugnature)			
A.	Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo).	**1**	**1**	**1**
B.	Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso).	**1**	**1**	**1**
C.	Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.	**0**	**0**	**0**
2)	**VESTIRSI** (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e/o delle)			
A.	Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza.	**1**	**1**	**1**
B.	Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.	**1**	**1**	**1**
C.	Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.	**0**	**0**	**0**
3)	**TOILETTE** (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)			
A.	Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino).	**1**	**1**	**1**
B.	Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.	**0**	**0**	**0**
C.	Non si reca in bagno per l'evacuazione.	**0**	**0**	**0**
4)	**SPOSTARSI**			
A.	Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore)	**1**	**1**	**1**
B.	Compie questi trasferimenti se aiutato.	**0**	**0**	**0**
C.	Allettato, non esce dal letto.	**0**	**0**	**0**
5)	**CONTINENZA DI FECI E URINE**			
A.	Controlla completamente feci e urine.	**1**	**1**	**1**
B.	"Incidenti" occasionali.	**0**	**0**	**0**
C.	Necessita di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente.	**0**	**0**	**0**
6)	**ALIMENTAZIONE**			
A.	Senza assistenza.	**1**	**1**	**1**
B.	Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane.	**1**	**1**	**1**
C.	Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale.	**0**	**0**	**0**
	TOTALE BADL			

Sezione 2: Attività strumentali della vita quotidiana (IADL)				
		Ingresso	**1 mese**	**6 mesi**
1)	**ABILITA' AD USARE IL TELEFONO**			
A.	Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero telefonico e lo compone.	**1**	**1**	**1**
B.	Compone solo pochi numeri ben conosciuti.	**1**	**1**	**1**
C.	Risponde al telefono, ma non compone i numeri.	**1**	**1**	**1**
D.	È incapace di usare il telefono.	**0**	**0**	**0**
2)	**SPOSTAMENTI FUORI CASA**			
A.	Viaggia autonomamente, servendosi dei mezzi pubblici o della propria automobile.	**1**	**1**	**1**
B.	Fa uso di taxi, ma non è capace di usare mezzi pubblici.	**1**	**1**	**1**
C.	Viaggia su mezzi pubblici solo se assistito o accompagnato.	**1**	**1**	**1**
D.	Viaggia in macchina o in taxi quando è assistito o accompagnato da altri.	**0**	**0**	**0**
E.	Non può viaggiare affatto.	**0**	**0**	**0**
3)	**ASSUNZIONE DEI PROPRI FARMACI**			
A.	È capace di assumere correttamente le medicine.	**1**	**1**	**1**
B.	È capace di assumere le medicine solo se in precedenza già preparate e separate.	**0**	**0**	**0**
C.	È incapace di assumere da solo le medicine.	**0**	**0**	**0**
4)	**USO DEL PROPRIO DENARO**			
A.	Provvede in modo autonomo alle proprie finanze (conti, fare assegni, pagare l'affitto e altre spese, andare in banca), controlla le proprie entrate.	**1**	**1**	**1**
B.	Provvede alle spese ed ai conti quotidiani, ma ha bisogno di aiuto per le operazioni maggiori (andare in banca, fare assegni, fare grosse spese ecc.)	**1**	**1**	**1**
C.	È incapace di maneggiare il denaro in modo proprio.	**0**	**0**	**0**
5)	**FARE LA SPESA** ❑ non strettamente applicabile e pertinente			
A.	Si prende cura della spesa e la fa in maniera autonoma.	**1**	**1**	**1**
B.	E' capace di effettuare solo piccoli acquisti.	**0**	**0**	**0**
C.	Ha bisogno di essere accompagnato per qualunque tipo di acquisto.	**0**	**0**	**0**
D.	E' completamente incapace di fare la spesa.	**0**	**0**	**0**
6)	**PREPARARE I PASTI** ❑ non strettamente applicabile e pertinente			
A.	Pianifica i pasti, li prepara adeguatamente e li serve in maniera autonoma.	**1**	**1**	**1**
B.	Prepara i pasti solo se gli si forniscono tutti gli ingredienti.	**0**	**0**	**0**
C.	E' in grado solo di riscaldare cibi già pronti, oppure prepara i cibi in maniera non costante tanto da non riuscire a mantenere un'alimentazione adeguata.	**0**	**0**	**0**
D.	Ha bisogno di cibi già preparati e di essere servito.	**0**	**0**	**0**

		Ingresso	1 mese	6 mesi
7)	**CURA DELLA CASA** ❑ non strettamente applicabile e pertinente			
A.	Riesce ad occuparsi della casa autonomamente o con occasionale aiuto per i lavori pesanti.	**1**	**1**	**1**
B.	Riesce ad effettuare i lavori domestici leggeri come lavare i piatti, rifare il letto, ecc.	**1**	**1**	**1**
C.	Riesce ad effettuare lavori domestici leggeri, ma non è capace di mantenere un livello adeguato di pulizia.	**1**	**1**	**1**
D.	Ha bisogno di aiuto per tutte le pulizie della casa.	**0**	**0**	**0**
E.	E' completamente disinteressato a qualsiasi faccenda domestica.	**0**	**0**	**0**
8)	**FARE IL BUCATO** ❑ non strettamente applicabile e pertinente			
A.	Lava tutta la propria biancheria.	**1**	**1**	**1**
B.	Lava solo i piccoli indumenti.	**1**	**1**	**1**
C.	Tutto il bucato deve essere fatto da altri.	**0**	**0**	**0**
	TOTALE IADL			

Sezione 3: Indice di comorbilità (CIRS)

Menomazione: 1=nessuna 2= lieve 3= moderata 4= grave 5= molto grave

		Ingresso	1 mese
1.	**Patologie cardiache** (solo cuore)	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**
2.	**Ipertensione** (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**
3.	**Patologie vascolari** (sangue vasi midollo, milza, sistema linfatico)	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**
4.	**Patologie respiratorie** (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**
5.	**Occhi/O.R.L.** (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**
6.	**Apparato gastroenterico superiore** (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari epato-pancreatiche; escluso diabete)	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**
7.	**Apparato gastroenterico inferiore** (intestino, ernie)	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**
8.	**Patologie epatiche**	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**
9.	**Patologie renali** (solo rene)	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**
10.	**Altre patologie genito-urinarie** (ureteri, vescica, uretra, prostata e genitali)	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**
11.	**Sistema muscolo-scheletrico-cute**	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**
12.	**Patologie sistema nervoso** (s.n.c. e periferico, esclusa demenza)	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**
13.	**Patologie endocrino-metaboliche** (include diabete, sepsi, stati tossici)	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**
14.	**Patologie psichiatriche e comportamentali** (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**
	CIRS SEVERITY INDEX		
	CIRS COMORBILITY INDEX		

Sezione 4: Valutazione del rischio di lesioni da pressione (Braden)		
1) Percezione sensoriale (Capacità di rispondere adeguatamente al disagio legato alla compressione)	**Ingresso**	**1 mese**
Limitatissima Non responsivo (non si alimenta, non si sposta, non si afferra) agli stimoli dolorosi, a causa del ridotto livello di coscienza o della sedazione farmacologica. *Oppure*: Ridotta capacità di percezione del dolore sulla maggior parte della superficie corporea.	**1**	**1**
Molto limitata Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non è in grado di manifestare il disagio se non attraverso lamenti o agitazione *Oppure*: Presenta una compromissione sensoriale che limita la capacità di percepire dolore o disagio su oltre la metà del corpo.	**2**	**2**
Lievemente limitata Risponde agli ordini verbali, ma non sempre è in grado di manifestare il disagio o il bisogno di essere girato.	**3**	**3**
Nessuna limitazione Risponde agli ordini verbali. Non presenta deficit sensoriali che limitino la capacità di percepire o riferire dolore o disagio.	**4**	**4**
2) Umidità cutanea (Entità dell'esposizione della cute all'umidità)		
Permanentemente umida La cute è costantemente bagnata da sudorazione, urine, ecc. Si riscontra umidità ogni qualvolta il paziente viene mosso o girato.	**1**	**1**
Molto umida La cute è spesso ma non sempre umida. La biancheria deve essere cambiata almeno ad ogni turno.	**2**	**2**
Occasionalmente umida La cute è occasionalmente umida, richiedente un cambio di biancheria supplementare all'incirca una volta al giorno.	**3**	**3**
Raramente umida La cute è abitualmente secca, la biancheria deve essere cambiata ad intervalli routinari.	**4**	**4**
3) Attività (Grado di attività fisica)		
Allettato	**1**	**1**
In poltrona La capacità di camminare è gravemente limitata o assente. Non è in grado di reggere il proprio peso e/o deve essere assistito per sedersi in poltrona o carrozzella.	**2**	**2**
Cammina occasionalmente Cammina occasionalmente nel corso della giornata, ma per tratti molto brevi, con o senza assistenza. Passa la maggior parte del tempo a letto o in poltrona.	**3**	**3**
Cammina spesso È in grado di camminare fuori dalla camere almeno due volte al giorno e nella camera almeno una volta ogni due ore durante il giorno.	**4**	**4**

4) Mobilità (Capacità di cambiare e controllare la posizione del corpo)	**Ingresso**	**1 mese**
Assente Non è in grado di effettuare neppure lievi cambi nella posizione del corpo o degli arti senza assistenza.	**1**	**1**
Molto limitata È in grado di effettuare occasionalmente lievi cambi nella posizione del corpo e degli arti, ma non di effettuare autonomamente cambi frequenti o consistenti.	**2**	**2**
Lievemente limitata Effettua frequenti ma limitati cambi di posizione del corpo o degli arti in modo autonomo**.**	**3**	**3**
Non limitata Effettua frequenti e impegnativi cambi di posizione senza assistenza.	**4**	**4**
5) Alimentazione (Abituali caratteristiche dell'assunzione alimentare)		
Molto scadente Non consuma mai un pasto completo. Raramente introduce più di 1/3 di quanto gli viene offerto.Introduce meno di 2 porzioni di cibi proteici (carne o latticini) al giorno. L'introduzione di liquidi è scarsa. Non assume supplementi dietetici liquidi *Oppure*: È stato mantenuto a dieta solo idrica o per via venosa per più di 5 giorni.	**1**	**1**
Probabilmente inadeguata Raramente consuma un pasto completo e generalmente introduce solo circa la metà di quanto gli viene offerto. L'apporto proteico consiste solo in 3 porzioni di carne o latticini al giorno. Occasionalmente introduce un supplemento dietetico. *Oppure*: Riceve meno della quantità ottimale di alimenti liquidi o per sondino.	**2**	**2**
Adeguata Consuma oltre la maggior parte dei pasti. Introduce un totale di 4 porzioni di cibi proteici(carne, latticini) al giorno. Occasionalmente rifiuta un pasto, ma abitualmente accetta un supplemento, se offerto *Oppure*: Si trova sotto alimentazione per sondino o parenterale totale, che probabilmente soddisfano la maggior parte del fabbisogno nutrizionale.	**3**	**3**
Eccellente Consuma la maggior parte di tutti i pasti. Non rifiuta mai il cibo.Abitualmente introduce 4 o più porzioni di carne e latticini al giorno. Occasionalmente mangia fuori pasto. Non necessita di supplementi	**4**	**4**
6) Frizione e scivolamento		
Problema presente Richiede assistenza consistente o totale per muoversi. È impossibile il sollevamento completo senza strisciare contro le lenzuola. Scivola frequentemente verso il basso quando è a letto o in poltrona, richiedendo un frequente riposizionamento con il massimo di assistenza. Spasticità, contratture o agitazione comportano una frizione della cute pressoché continua.	**1**	**1**
Problema potenziale Si muove difficilmente o richiede un minimo di assistenza. Durante i movimenti è probabile che la cute strisci contro lenzuola, poltrona, mezzi di contenzione o altro. Riesce a mantenere una posizione relativamente buona in poltrona o a letto per la maggior parte del tempo ma occasionalmente scivola verso il basso.	**2**	**2**
Nessun problema apparente Si muove autonomamente a letto o in poltrona ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti. Mantiene una buona posizione a letto o in poltrona in ogni movimento.	**3**	**3**
TOTALE BRADEN		

Sezione 5: Valutazione dello stato mentale (SPMSQ)					
		Ingresso		**1 mese**	
		Sì	**No**	**Sì**	**No**
1.	Che giorno è oggi? (giorno, mese ed anno)	**1**	**0**	**1**	**0**
2.	Che giorno della settimana?	**1**	**0**	**1**	**0**
3.	Qual'è il nome di questo posto?	**1**	**0**	**1**	**0**
4.	Qual'è il suo numero di telefono? (oppure: Qual'è il suo indirizzo?)	**1**	**0**	**1**	**0**
5.	Quanti anni ha?	**1**	**0**	**1**	**0**
6.	Quando è nato?	**1**	**0**	**1**	**0**
7.	Chi è l'attuale Papa?	**1**	**0**	**1**	**0**
8.	Chi è l'attuale Presidente della Repubblica?	**1**	**0**	**1**	**0**
9.	Qual'era il cognome di sua madre prima di sposarsi?	**1**	**0**	**1**	**0**
10.	Faccia 20-3, poi ancora -3 sino a raggiungere 2	**1**	**0**	**1**	**0**
	TOTALE SPMSQ				

Sezione 6: Valutazione della qualità della vita									
Dia un voto da 1 a 10 al Suo stato di salute oggi: *(1= il peggiore stato di salute possibile-10= il migliore stato di salute possibile*									
Ingresso									
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
1 mese									
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
6 mesi									
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**

Sezione 7: Geriatric Depression Scale (GDS)					
	Per ogni domanda scelga la risposta che meglio corrisponde a come si è sentito nell'ultima settimana	**Ingresso**		**1 mese**	
		Sì	**No**	**Sì**	**No**
1.	È soddisfatto della vita?	**0**	**1**	**0**	**1**
2.	Si sente spesso stanco o annoiato?	**1**	**0**	**1**	**0**
3.	Si sente spesso solo o abbandonato?	**1**	**0**	**1**	**0**
4.	Preferisce rimanere in casa o uscire e fare cose nuove?	**1**	**0**	**1**	**0**
5.	Si sente poco utile?	**1**	**0**	**1**	**0**
	TOTALE GDS				

Sezione 7-bis: Assessing Depression in Aphasic Patients (ADRS)			
		Ingresso	**1 mese**
1.	**Insonnia**		
	No	0	0
	Disturbi del sonno riferiti dal paziente o dal personale	1	1
	Deambula durante la notte, si alza dal letto o tenta di alzarsi	2	2
2.	**Ansia psichica**		
	No	0	0
	Tensione/irritabilità	1	1
	Si inquieta per piccole cose	2	2
	Apprensività evidente	3	3
	Apprensività/ansia molto evidente	4	4
3.	**Ansia somatica (*sintomi gastrointestinali, cardiovascolari, respiratori, urinari)***		
	No	0	0
	Lievi	1	1
	Moderati	2	2
	Severi	3	3
	Molto severi	4	4
4.	**Sintomi somatici gastrointestinali**		
	Nessuno	0	0
	Perdita appetito ma continua a mangiare	1	1
	Non mangia; richiede farmaci per trattare i disturbi GI	2	2
5.	**Ipocondriasi**		
	Assente	0	0
	Il paziente autogestisce le sue preoccupazioni	1	1
	Preoccupazioni manifeste	2	2
	Frequenti richieste di aiuto	3	3
	Ipocondriasi manifesta	4	4

6.	**Perdita di peso**	**Ingresso**	**1 mese**
	Meno di 0.5 kg/settimana	0	0
	0.5-1 kg/settimana	1	1
	> 1 kg/settimana	2	2
7.	**Tristezza apparente**		
	No	0	0
	Tra 0 e 2	1	1
	Sorride senza difficoltà	2	2
	Tra 2 e 4	3	3
	Triste, infelice la maggior parte del tempo	4	4
	Tra 4 e 6	5	5
	Sempre triste	6	6
8.	**Mimica facciale**		
	Muove il volto, esplora, si interessa	0	0
	Lieve riduzione della mimica facciale	1	1
	Mimica sicuramente ridotta ma comunque espressiva, volge lo sguardo intorno	2	2
	Non muove la testa, non sorride, non cambia espressione	3	3
	Immobile e inespressivo	4	4
9.	**Affaticabilità**		
	No	0	0
	Non spontanea, emerge nel corso della visita	1	1
	Presente e limitante le comuni attività (mangiare, lavarsi,vestirsi)	2	2
	Presente e tale da impedire alcune attività	3	3
	Incapacità a compiere qualsiasi attività	4	4
	TOTALE ADRS		

Sezione 8: Valutazione del dolore										
Quanto dolore prova al momento? (0 = nessun dolore – 10 = massimo dolore)										
Ingresso										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
1 mese										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
6 mesi										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**

Sezione 8-bis: Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)			
1. Respirazione	**Ingresso**	**1 mese**	**6 mesi**
Normale	0	0	0
Respiro affannoso	1	1	1
Respiro rumoroso e affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea	2	2	2
2. Vocalizzazione			
Nessun problema	0	0	0
Pianti occasionali o brontolii	1	1	1
Ripetuti urli o lamenti	2	2	2
3. Espressioni del volto			
Sorridente o inespressivo	0	0	0
Triste e/o ciglia aggrottate	1	1	1
Smorfie	2	2	2
4. Linguaggio del corpo			
Rilassato	0	0	0
Teso	1	1	1
Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire	2	2	2
5. Consolazione			
Nessun bisogno di essere consolato	0	0	0
Confuso e che cerca rassicurazione	1	1	1
Incapacità di distrazione e/o consolazione	2	2	2
TOTALE PAINAD			

Sezione 9: Vulnerabilità psicosociale dell'anziano		
1.	**Zona di residenza:**	
	Urbana	**1**
	Montagna/Collina/Rurale	**0**
2.	**Accessibilità abitativa:**	
	Piano terra o piano alto con ascensore	**2**
	Piano alto senza ascensore	**1**
	Presenza di barriere architettoniche interne	**0**
3.	**Riceve assistenza dal comune?**	
	Sì	**1**
	No	**0**
4.	**Riceve assistenza da volontari?**	
	Sì	**1**
	No	**0**
5.	**Percepisce pensione sociale?**	
	Sì	**1**
	No	**0**
6.	**Coniuge**	
	Vivente	**1**
	Deceduto	**0**
	Se deceduto, da quanti anni? _____	
7.	**Figli**	
7.1	N° figli viventi: _____	
7.2	N° figli conviventi: _____	

8.	**Quanto è facile per Lei farsi aiutare dai Suoi vicini di casa se ne ha bisogno?**				
	Molto difficile				*Molto facile*
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
9.	**Su quante persone vicine a Lei può contare realmente se ha dei problemi?**				
	Nessuno	*1-2*	*3-5*	*Più di 5*	
	1	**2**	**3**	**4**	
10.	**Le persone che Le stanno vicino si preoccupano concretamente per Lei?**				
	Per niente				*Molto*
	1	**2**	**3**	**4**	**5**

Sezione 10: Blaylock Risk Assessment Screening (BRASS)			
		Ingresso	**1 mese**
1.	**Età (una sola opzione)**		
	55 anni o meno	0	0
	56-64 anni	1	1
	65-79 anni	2	2
	80 anni e più	3	3
2.	**Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione)**		
	Vive col coniuge	0	0
	Vive con la famiglia	1	1
	Vive da solo con il sostegno della famiglia/badante	2	2
	Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti	3	3
	Vive solo senza alcun sostegno	4	4
	Assistenza domiciliare/residenziale	5	5
3.	**Stato funzionale (ogni opzione valutata)**		
3.1	Autonomo (indipendente in ADL e IADL)	0	0
3.2	Dipendente in Alimentazione/nutrizione	1	1
3.3	Dipendente in Igiene/Abbigliamento	1	1
3.4	Dipendente in Andare in bagno	1	1
3.5	Dipendente in Spostamenti/mobilità	1	1
3.6	Dipendente in Incontinenza intestinale	1	1
3.7	Dipendente in Incontinenza urinaria	1	1
3.8	Dipendente in Preparazione del cibo	1	1
3.9	Dipendente in Responsabilità nell'uso di medicinali	1	1
3.10	Dipendente in Capacità di gestire il denaro	1	1
3.11	Dipendente in Fare acquisti	1	1
3.12	Dipendente in Utilizzo di mezzi di trasporto	1	1
4.	**Stato cognitivo (una sola opzione** **Sfere: spazio, tempo, luogo e sé***)**		
	Orientato	0	0
	Disorientato in alcune sfere* qualche volta	1	1
	Disorientato in alcune sfere* sempre	2	2
	Disorientato in tutte le sfere* qualche volta	3	3
	Disorientato in tutte le sfere* sempre	4	4
	Comatoso	5	5
5.	**Numero dei farmaci assunti (una sola opzione)**		
	Meno di tre farmaci	0	0
	Da tre a cinque farmaci	1	1
	Più di cinque farmaci	2	2

6.	**Modello comportamentale (ogni opzione valutata)**		
6.1	Appropriato	0	0
6.2	Wandering	1	1
6.3	Agitato	1	1
6.4	Confuso	1	1
6.5	Altro	1	1
7.	**Mobilità (una sola opzione)**		
	Deambula	0	0
	Deambula con aiuto di ausili	1	1
	Deambula con assistenza	2	2
	Non deambula	3	3
8.	**Deficit sensoriali (una sola opzione)**		
	Nessuno	0	0
	Deficit visivi o uditivi	1	1
	Deficit visivi e uditivi	2	2
9.	**Numero di ricoveri pregressi /accessi al pronto soccorso (una sola opzione)**		
	Nessuno negli ultimi tre mesi	0	0
	Uno negli ultimi tre mesi	1	1
	Due negli ultimi tre mesi	2	2
	Più di due negli ultimi tre mesi	3	3
10.	**Numero di problemi clinici attivi (una sola opzione)**		
	Tre problemi clinici	0	0
	Da tre a cinque problemi clinici	1	1
	Più di cinque problemi clinici	2	2
	TOTALE BRASS		

Riferimenti bibliografici

Benaim, C., Cailly, B., Perennou, D., Pelissier, J. (2004). Validation of the aphasic depression rating scale. *Stroke*, *35*, 1-5.

Bergstrom, N., Braden, B.J, Laguzza, A., et al. (1987). The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research, 36*, 205-210.

Blaylock, A., Cason, C. (1992). Discharge Planning predicting patients' needs. *Journal of Gerontological Nursing, 18*, 5-10.

Cobb, S. (1976). Social support as moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*: 300-314.

Conley, D., Schultz, A.A., Selvin, R. (1999). The challenge of predicting patients at risk for falling: Development of the Conley Scale. *MEDSURG Nursing, 8*, 348-354.

Dalgard, O.S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J.L., Casey, P., Wilkinson, G., *et al.* (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression. A multinational community survey with data from the ODIN study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*: 444-451.

EuroQoL Group (1990). EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy, 16*,199-208

Hartrick, C.T., Kovan, J.P., Shapiro, S. (2003). "The numeric rating scale for clinical pain measurement: a ratio measure?". *Pain Practice 3* (4): 310–6.

Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson B.A., & Jaffe , M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association, 185*, 914–919.

Lawton, M.P., Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist, 9*, 179-186.

Parmelee, P.A., Thuras, P.D., Katz, I.R., Lawton, M.P. (1995). Validation of cumulative illness rating scale in a geriatric residential population. *Journal of the American Geriatric Society, 43*, 130-137.

Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society, 23*, 433-441.

Warden, V., Hurley, A.C., Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc*.;4:9-15.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L. et al. (1983). Development and validation of a geriatric screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17*, 37-49.