



## **INDICAZIONI TECNICO-OPERATIVE PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DI BASE DEI PAZIENTI ANZIANI IN OCCASIONE DI RICOVERI OSPEDALIERI**

L'esperienza accumulata nell'ASL di Brescia, ha evidenziato l'utilità che, anche a livello ospedaliero, si avvii un processo graduale affinché, in una prospettiva futura, possa essere garantita la valutazione multidimensionale di base omogenea per tutti gli ultra74enni ricoverati in qualsivoglia UO ospedaliera.

Gli accordi contrattuali 2008 con le Strutture di ricovero e cura (*Allegato b - quota vincolata agli obiettivi programmatori per la complementarietà tra i livelli assistenziali e la continuità di cura – punto 1 - in merito alla estensione dell'uso degli strumenti di valutazione multidimensionale di base degli ultra74enni ricoverati*) si muovono in direzione di tale obiettivo prevedendo che, in ciascun presidio ospedaliero, sia individuata una UO di area chirurgica ove venga avviata la valutazione multidimensionale di base degli anziani ricoverati, avvalendosi delle medesime scale di valutazione utilizzate a livello distrettuale e dai MMG (CIRS, BADL/Indice di Barthel, ecc.).

Al fine di favorire tale processo l'ASL di Brescia mette a disposizione di tutte le Strutture gli stessi strumenti già utilizzati nella fase sperimentale 2007.

### **ELENCO ALLEGATI E MODALITÀ DI UTILIZZO**

- Cumulative Index Rating Scale (C.I.R.S.) – Indice di co-morbilità (All.1)
- Indice di Barthel – Valutazione autosufficienza (All. 2)
- Scala di Braden – Valutazione rischio lesioni cutanee (All. 3)
- Strumento per l'eventuale valutazione di approfondimento geriatrico (assessment geriatrico) (All. 4)
  
- *le parti retinate sono da compilare solo se ritenuto necessario;*
- *la valutazione va effettuata nei primi giorni del ricovero ed eventualmente ripetuta;*
- *le schede compilate vanno conservate in cartella;*
- *i risultati della valutazione sollecitano una maggior attenzione alle problematiche evidenziate, già nel corso della degenza;*
- *valutazioni che evidenziano situazioni particolarmente problematiche dal punto di vista della polipatologia, della fragilità sanitaria, sociale o socio-sanitaria sono da sottoporre all'attenzione dell'U.O. di Geriatria/Medicina "tutor" del processo.*

Il presente strumento tecnico-professionale è finalizzato a promuovere l'appropriatezza, l'approccio globale e la continuità di cura nei confronti degli anziani fragili in occasione di ricoveri ospedalieri attraverso un sistema di valutazione multidimensionale applicato nelle strutture di ricovero.

## **Obiettivi**

### Obiettivo di salute:

Tutela della salute degli anziani in occasione di ricoveri ospedalieri mediante:

- la promozione dell’appropriatezza e della continuità di cura;
- la promozione dell’approccio globale e multidimensionale che integri tutti gli interventi sanitari, sociali, assistenziali.

### Obiettivi organizzativi:

- diffusione ed uso sistematico di strumenti di valutazione multidimensionali, condivisi da parte di tutte le UO ospedaliere ed i servizi territoriali
- attuazione di meccanismi di integrazione tra i diversi attori ospedalieri e territoriali.

### Obiettivi professionali:

- promuovere lo sviluppo delle competenze professionali nell’approccio olistico e nell’uso competente di strumenti di valutazione, da parte dei medici e degli infermieri coinvolti nella gestione di anziani fragili.

## **Destinatari**

Tutti gli assistiti ultrasettantaquattrenni ricoverati e tra questi, specificamente, coloro che presentano condizioni di fragilità.

## **Attori**

Medici e infermieri di tutte le UO ospedaliere con sezioni di ricovero ordinario coinvolte.

## **Modalità di lavoro**

In ciascuna Struttura di ricovero e cura è individuata una U.O. di Geriatria/Medicina “tutor” del processo che collabora con la Direzione Sanitaria ed il Servizio Infermieristico alla diffusione dell’iniziativa, alla formazione del personale ed al monitoraggio dell’attività.

La stessa U.O. di Geriatria/Medicina funge da “tutor” delle U.O. di altra area che applicano questa modalità di lavoro secondo quanto precisato più avanti.

## **Valutazione di base da parte delle U.O. partecipanti**

### All’ingresso

- nel caso in cui il paziente sia allettato (condizione da verbalizzare in cartella clinica o infermieristica), viene effettuata la valutazione mirata del rischio di insorgenza di lesioni cutanee tramite la scala di Braden e vengono attivate immediatamente le conseguenti misure di prevenzione.

Si tratta di un livello minimo per prevenire complicanze che rischiano di minare il precario equilibrio delle persone fragili; questa indicazione viene meno qualora sia già previsto un uso sistematico e documentato di linee guida aggiornate per la prevenzione delle lesioni cutanee.

### **Durante il ricovero**

è condivisa l'opportunità di valutazione mediante:

- CIRS a cura del medico. (All.1)
- BADL/Indice di Barthel (All:2) a cura dell'infermiere o del medico. In particolare la valutazione delle attività di vita quotidiana deve orientare ad un approccio assistenziale che miri a mantenere, compatibilmente con la condizione clinica, i livelli di autonomia preesistenti al ricovero (soprattutto per quanto riguarda i bisogni di eliminazione e di movimento). Se subentra una condizione di allettamento durante il ricovero, si seguono le indicazioni sopra riportate.
- A cura dell'infermiere viene inoltre verificato se l'assistito (condizione da verbalizzare in cartella clinica o infermieristica) ha necessità di protezione socio-sanitaria dopo la dimissione (es. vive solo? necessita di continuità assistenziale?).

### **Eventuale valutazione di approfondimento geriatrico (U.O. di Geriatria/Medicina "tutor")**

Nel caso vengano evidenziate condizioni di significativa fragilità mediante la CIRS e/o la BADL/Barthel (secondo livelli di gravità individuati e codificati all'interno di ciascuna Struttura) e/o la verifica della necessità di protezione socio-sanitaria, sono indicati un approfondimento ed interventi mirati, ricorrendo a risorse con specifiche competenze, identificate all'interno della struttura. In questo caso, al fine di favorire modalità omogenee nell'effettuazione dell'eventuale assessment geriatrico, è stato individuato il seguente set minimo di scale di valutazione (all.4):

- Monitoraggio delle BADL (situazione premorbose, ed evoluzione durante il ricovero),
- IADL (Instrumental Activities of Daily Living scale),
- MMSE (Mini Mental State Examination),
- GDS (Geriatric Depression Scale),
- Indice di Charlson.

Criterio da seguire per individuare la responsabilità della compilazione è quello dell'uso competente degli strumenti. I problemi che emergono dalla valutazione devono essere oggetto di specifica pianificazione clinico assistenziale, documentata negli strumenti in uso nelle singole strutture.

### **Verifica**

Con riferimento a quanto previsto dagli accordi contrattuali citati in premessa (Allegato B, punto 1 dell'addendum contrattuale 2008), il raggiungimento dell'obiettivo di valutazione di almeno il 10% dell'utenza ultra 74enne sarà verificato in sede di controllo dell'appropriatezza dei ricoveri, relativamente alla sola UO partecipante individuata per ciascun presidio ospedaliero.

Ospedale

ASL di Brescia



XY

U.O. di \_\_\_\_\_

**SCHEDA di VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

N. Cartella

Signor/a \_\_\_\_\_ sesso M  F  tel. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ comune di residenza \_\_\_\_\_  
tessera sanitaria \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_

**Vive con:** coniuge/convivente coniuge/figli figli parenti genitori badante solo altro

**PATOLOGIE IN ATTO**

- 1) **Cardiaca** (solo cuore) ① ② ③ ④ ⑤
- 2) **Ipertensione** (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente) ① ② ③ ④ ⑤
- 3) **Vascolari** (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) ① ② ③ ④ ⑤
- 4) **Respiratorie** (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) ① ② ③ ④ ⑤
- 5) **O.O.N.G.L.** (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) ① ② ③ ④ ⑤
- 6) **Apparato G.I. Superiore** (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) ① ② ③ ④ ⑤
- 7) **Apparato G.I. Inferiore** (intestino, ernie) ① ② ③ ④ ⑤
- 8) **Epatiche** (solo fegato) ① ② ③ ④ ⑤
- 9) **Renali** (solo rene) ① ② ③ ④ ⑤
- 10) **Altre Patologie Genito-urinarie** (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) ① ② ③ ④ ⑤
- 11) **Sistema Muscolo-Scheletro-Cute** (muscoli, scheletro, tegumenti) ① ② ③ ④ ⑤
- 12) **Sistema Nervoso Centrale e Periferico** (non include la demenza) ① ② ③ ④ ⑤
- 13) **Endocrine - metaboliche** (include diabete, infezioni, stati tossici) ① ② ③ ④ ⑤
- 14) **Psichiatrico-comportamentali** (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) ① ② ③ ④ ⑤

**LEGENDA PATOLOGIE IN ATTO:**

- 1-**Assente**: nessuna compromissione di organo/sistema
- 2-**Lieve**: la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)
- 3-**Moderato**: la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. colelitiasi, diabete, fratture)
- 4-**Grave**: la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
- 5-**Molto grave**: la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia).

DIAGNOSI PRINCIPALI	COD. ICD IX CM	DIAGNOSI PRINCIPALI	COD. ICD IX CM

**TERAPIE SIGNIFICATIVE in ATTO** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_ **TIMBRO E FIRMA** \_\_\_\_\_

**PRESIDI E AUSILI IN USO:**

<p><b>Ausili per il movimento:</b></p> <p>-Bastone/gruccia/tripode <input type="checkbox"/></p> <p>-Arto artificiale <input type="checkbox"/></p> <p>-Sollevatore <input type="checkbox"/></p> <p>-Deambulatore <input type="checkbox"/></p> <p>-Carrozzina <input type="checkbox"/></p> <p>-Cinture per mobilizzazione <input type="checkbox"/></p> <p>-Altro _____ <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Gestione diabete:</b></p> <p>-Dieta <input type="checkbox"/></p> <p>-Antidiabetici orali <input type="checkbox"/></p> <p>-Insulina <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Gestione incontinenza:</b></p> <p>-Presidi assorbenti <input type="checkbox"/></p> <p>-Catetere vescicale <input type="checkbox"/></p> <p>-Ano artificiale <input type="checkbox"/></p> <p>-Urostomia <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Dialisi:</b></p> <p>-Dialisi peritoneale <input type="checkbox"/></p> <p>-Dialisi extracorporea <input type="checkbox"/></p>
	<p><b>Insufficienza respiratoria:</b></p> <p>-O<sup>2</sup> intermittente <input type="checkbox"/></p> <p>-O<sup>2</sup> costante <input type="checkbox"/></p> <p>-Saturimetro <input type="checkbox"/></p> <p>-Ventilatore <input type="checkbox"/></p> <p>-Cannula tracheale <input type="checkbox"/></p> <p>-Aspiratore <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Ausili prevenzione lesioni:</b></p> <p>-Letto <input type="checkbox"/></p> <p>-Materassino <input type="checkbox"/></p> <p>-Cuscino antidecubito <input type="checkbox"/></p> <p>-Telino di scorrimento <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Terapia antalgica:</b></p> <p>-Pompa morfina: Elastomerica <input type="checkbox"/></p> <p>A siringa <input type="checkbox"/></p> <p>-CVC: Impiantato <input type="checkbox"/></p> <p>Non impiantato <input type="checkbox"/></p>

**ALTRE INFORMAZIONI:**

<p><b>Lesioni da decubito:</b> <input type="checkbox"/></p> <p>-Medicazioni avanzate <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Cadute (ultimi 6 mesi):</b> <input type="checkbox"/></p> <p>-Numero <input type="text"/></p>	<p><b>Contenzione:</b> <input type="checkbox"/></p> <p>-Tipo _____</p>
---	--	--

<b><u>FUNZIONE</u></b>	Dipendenza Completa	Dipendenza grave	Dipendenza moderata	Dipendenza lieve	Autosufficienza	Non rilevato
	<b>DEAMBULAZIONE</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>SCALE</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>USO DEL WC</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>CONTINENZA INTESTINALE</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>CONTINENZA URINARIA</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>ALIMENTAZIONE</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>VESTIRSI</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>IGIENE PERSONALE</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>RAGNO/DOCCIA</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b><u>DISTURBI DI COMPORTAMENTO</u></b>	Grave	Moderato	Lieve	Assente	Non rilevato	
<b>CONFUSIONE</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>IRRITABILITA'</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>IRREQUIETEZZA</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b><u>ASPETTI PSICO-SENSORIALI</u></b>	Assente	Limitata	Integra	Non rilevato		
<b>CAPACITA' DI COMUNICARE</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>VISTA</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>UDITO</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>ALTRI PROBLEMI SOCIO-AMBIENTALI</b> _____						

**VALUTAZIONI FUNZIONALI SPECIFICHE (scale applicate)**

Data	Scala	Punteggio
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ospedale

XY

U.O. di \_\_\_\_\_

ASL di Brescia



N. Cartella

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### SCALA di BRADEN

#### > PERCEZIONE SENSORIA

- ④ Adeguata (risposta a stimoli verbali, nessun impedimento a rendere noto verbalmente uno stato di dolore o di scomodità)
- ③ Leggermente limitata (risposta a stimoli verbali, ma non sempre riesce a rendere noto un eventuale stato di dolore o di scomodità).
- ② Molto limitata (risposta a stimoli dolorosi, incapacità di comunicare dolore o scomodità tranne con mugolii e lamenti o agitazione).
- ① Completamente limitata (Nessuna risposta, neppure a stimoli dolorosi).

#### > UMIDITA' CUTANEA

- ④ Pelle asciutta (non viene rilevato quasi mai sudore, urina o altro).
- ③ Pelle occasionalmente bagnata.
- ② Pelle molto spesso bagnata.
- ① Pelle costantemente bagnata.

#### > ATTIVITA' FISICA

- ④ Cammina frequentemente (Esce dalla stanza un paio di volte al giorno e gira per la stanza almeno ogni due ore nelle ore di veglia).
- ③ Cammina occasionalmente (Percorre distanze molto brevi, con/senza assistenza. Passa la maggior parte del tempo seduto o a letto).
- ② Costretto su sedia (Non è in grado di sostenere il proprio peso e deve essere aiutato a sedersi su sedia o sedia a rotelle).
- ① Costretto a letto (Non può muoversi dal letto).

#### > MOBILITA'

- ④ Illimitata (Compie spostamenti frequenti ed ampi senza alcuna assistenza).
- ③ Limitata (Compie spostamenti frequenti, anche se di breve portata, senza alcuna assistenza).
- ② Molto limitata (Si sposta, ma non riesce a compiere movimenti significativi senza assistenza).
- ① Immobilità completa (Incapace del minimo movimento senza assistenza).

#### > NUTRIZIONE

- ④ Eccellente (Mangia la maggior parte di ogni pasto, quattro o più porzioni giornaliere di cibi proteici, fa spuntini durante il giorno e non necessita di supplementi).
- ③ Adeguata (Mangia più della metà di ogni pasto, circa quattro porzioni di cibi proteici al giorno. Occasionalmente rifiuta un pasto, ma accetta supplementi, oppure è sostenuto da una adeguata dieta liquida).
- ② Probabilmente inadeguata (Non mangia quasi mai un pasto completo, di solito non più di metà del cibo offerto. Non riceve più di tre porzioni di cibi proteici al giorno. Accetta supplementi alla dieta solo occasionalmente. In alternativa, riceve una dieta liquida o parenterale inadeguata.)
- ① Inadeguata (Non mangia mai un pasto completo, al massimo non più di 1/3 del cibo offerto, non più di due porzioni di cibi proteici al giorno. Riceve pochi liquidi. Non accetta supplementi liquidi alla dieta. In alternativa, è sostenuto per via endovenosa da più di cinque giorni).

#### > FRIZIONE E TAGLIO

- ③ Nessun problema apparente (Si muove indipendentemente nel letto e sulla sedia ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante il movimento. Mantiene sempre una posizione corretta a letto o sulla sedia).
- ② Possibili problemi (Si muove debolmente o abbisogna di qualche assistenza. Durante il movimento, probabilmente la pelle sfrega contro lenzuola, sedia o altro. Di solito mantiene una buona posizione sulla sedia o a letto, ma occasionalmente scivola giù).
- ① Problemi (Necessita di assistenza da moderata a totale per muoversi. Impossibile sollevarlo senza sfregare contro lenzuola o altro. Scivola spesso in basso sia a letto sia sulla sedia, richiedendo frequenti riposizionamenti con massima assistenza. Movimenti spastici, contratture o agitazione portano ad una frizione pressochè costante).

#### Legenda:

Altissimo rischio  $\leq 10$     Alto rischio 11-15    Medio rischio 16-20    Basso rischio  $> 20$

Punteggio Braden: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma Operatore \_\_\_\_\_

## SET DI ASSESSMENT GERIATRICO

Cartella n. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

A) *dipendente*                      B) *con aiuto continuo o saltuario*                      C) *indipendente*

	<i>premorbo</i>			<i>premorbo</i>			<i>ingresso</i>			<i>monitoraggio</i>		
	A	C		A	B	C	A	B	C	A	B	C
<b>IADL</b>			<b>BADL</b>									
Usare il telefono	0	1	Mangiare (incluso tagliare cibo)	0	5	10	0	5	10	0	5	10
Fare acquisti	0	1	Vestirsi (incluso scarpe e lacci)	0	5	10	0	5	10	0	5	10
Gestione del denaro	0	1	Toilette personale (faccia, denti)	0	0	5	0	0	5	0	0	5
Assunzione medicinali	0	1	Fare il bagno	0	0	5	0	0	5	0	0	5
Uso mezzi di trasporto	0	1	Controllo defecazione	0	5	10	0	5	10	0	5	10
Pulizia della biancheria	0	1	Controllo minzione	0	5	10	0	5	10	0	5	10
Governare la casa	0	1	Spostarsi da sedia al letto e ritorno	0	10	15	0	10	15	0	10	15
Preparare il cibo	0	1	Montare e scendere dal WC	0	5	10	0	5	10	0	5	10
			Camminare in piano	0	10	15	0	10	15	0	10	15
			Salire e scendere le scale	0	5	10	0	5	10	0	5	10
<b>Totale=</b>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>		

### MINI MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE

- ORIENTAMENTO** (Chiedere al paziente)
- In che anno, stagione, mese, giorno del mese e della settimana siamo? 0-5
  - In che stato, regione, città, luogo, piano ci troviamo? 0-5
- REGISTRAZIONE**
- Dire il nome di 3 oggetti: "gatto", "casa", "pane", nominandoli 1 al secondo; poi chiedere al paziente di ripetere il nome dei tre oggetti. 0-3
- ATTENZIONE E CALCOLO**
- Far sottrarre "7" consecutivamente partendo da 100. Fermarsi dopo le prime 5 risposte. In alternativa chiedere lo spelling di "carne" al contrario 0-5
- RIEVOCAZIONE**
- Chiedere di rievocare il nome dei 3 oggetti ripetuti in precedenza (0-3). 0-3
- LINGUAGGIO**
- Chiedere al paziente di riconoscere una matita ed un orologio 0-2
  - Far ripetere la frase: "Sopra la panca la capra campa" 0-1
  - Far eseguire il seguente compito su comando: "Prenda un foglio di carta con la mano dx, lo pieghi a metà, lo appoggi per terra". 0-3
  - Far leggere ed eseguire il seguente comando: "Chiuda gli occhi" scritto su un foglio di carta bianca a caratteri abbastanza grandi. 0-1
  - Dare al paziente un foglio di carta bianca e chiedere di scrivere una frase (deve contenere un soggetto, un verbo ed avere un senso). 0-1
  - Far copiare su un foglio di carta bianca 2 pentagoni intersecati (devono essere presenti tutti i 10 lati, i pentagoni devono intersecarsi in 2 angoli). 0-1

Totale:

### GERIATRIC DEPRESSION SCALE

- |   |                          |           |           |
|---|--------------------------|-----------|-----------|
|   |                          | <i>si</i> | <i>no</i> |
| 0-5 -Siete fondamentalmente soddisfatti della vostra vita?                | <input type="checkbox"/> | 0         | 1         |
| 0-5 -Avete interrotto molte delle vostre attività e dei vostri interessi? | <input type="checkbox"/> | 1         | 0         |
| -Ritenete che la vostra vita sia vuota?                                   | <input type="checkbox"/> | 1         | 0         |
| 0-3 -Vi annoiate spesso?  | <input type="checkbox"/> | 1         | 0         |
| -Siete di buon umore la maggior parte del tempo?                          | <input type="checkbox"/> | 0         | 1         |
| -Temete che vi stia per capitare qualcosa di male?                        | <input type="checkbox"/> | 1         | 0         |
| 0-5 -Vi sentite felici la maggior parte del tempo?                        | <input type="checkbox"/> | 0         | 1         |
| -Vi sentite spesso indifesi?  | <input type="checkbox"/> | 1         | 0         |
| -Preferite stare a casa, piuttosto che uscire a fare cose nuove?          | <input type="checkbox"/> | 1         | 0         |
| 0-3 -Pensate di avere più problemi di memoria delle altre persone?        | <input type="checkbox"/> | 1         | 0         |
| -Pensate che sia bello stare al mondo oggi?                               | <input type="checkbox"/> | 0         | 1         |
| 0-2 -Vi sentite inutili?  | <input type="checkbox"/> | 1         | 0         |
| 0-1 -Vi sentite pieni di energia?   | <input type="checkbox"/> | 0         | 1         |
| 0-3 -Pensate di essere in situazione priva di speranza?                   | <input type="checkbox"/> | 1         | 0         |
| -Pensate che la maggior parte delle persone stia meglio di voi?           | <input type="checkbox"/> | 1         | 0         |

Totale:

**INDICE DI CHARLSON**

Cardiopatía ischémica (IMA)	1	Epatopatía lieve	1	Epatopatía moderata o grave	3
Scopenso cardiaco congestizio	1	Diabete mellito	1		
AACP	1				
Malattia cerebrovascolare	1			Cancro con metastasi	6
Demenza	1	Emiplegia	2	AIDS	6
BPCO	1	IRC moderata o severa	2		
Connettivopatía	1	Diabete mellito con complicanze	2		
Malattia peptica	1	Cancro	2		
aggiungere 1 punto per ogni decade dopo i 40 aa		<b>Totale</b>			