

Cognome e nome: \_\_\_\_\_ anni: \_\_\_\_\_  
 nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_  
 residente a: \_\_\_\_\_ via: \_\_\_\_\_

## Clinical Dementia Rating Scale<sup>1</sup>

	Normale CDR0	Demenza dubbia CDR 0,5	Demenza lieve CDR1	Demenza moderata CDR 2	Demenza grave CDR 3
<b>Memoria</b>	Memoria adeguata o smemorata occasionale	Lieve smemorata permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita di memoria modesta per eventi recenti; interferenza con attività quotidiane	Perdita di memoria severa; materiale nuovo perso rapidamente	Perdita di memoria grave; rimangono alcuni frammenti
<b>Orientamento</b>	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico.	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
<b>Giudizio e soluzione di problemi</b>	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie e differenze (prove di ragionamento).	Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa nell'esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
<b>Attività sociali</b>	Attività indipendente e livelli usuali in lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività descritte	incapace di compiere indipendentemente le attività, a esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa; in grado di essere portato fuori casa	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa; non in grado di uscire
<b>Casa e tempo libero</b>	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobby e interessi	interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
<b>Cura personale</b>	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione di effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria
<b>CDR 4: demenza molto grave</b>					
Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i famigliari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo e nel controllare la funzione intestinale o vescicale					
<b>CDR 5: demenza terminale</b>					
In paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allattato, incontinente.					

Data: \_\_\_\_\_

Il Medico Specialista

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Da compilarsi a cura del medico specialista GERIATRA/NEUROLOGO (struttura pubblica o privato convenzionato col SSN.), in caso di diagnosi di "demenza", come da allegato alla D.G.R. N. 30/17 DEL 30.7.2013

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_

anni: \_\_\_\_\_

il: \_\_\_\_\_

via: \_\_\_\_\_

**Scala (o Indice) di Karnofsky<sup>1</sup>**

ATTIVITA' LAVORATIVA	ATTIVITA' QUOTIDIANA	CURA PERSONALE	CRITERI SPECIFICI	SINTOMI/ SUPPORTO SANITARIO	PUNTEGGIO
COMPLETA	COMPLETA	COMPLETA	NORMALE; ASSENZA DI DISTURBI NESSUNA MANIFESTAZIONE PATOLOGICA	NESSUNO	100
DIFFICOLTA' LIEVE	LIEVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE	COMPLETA	CAPACE DI BADARE ALLE NORMALI ATTIVITA'. SEGNI O SINTOMI MINORI DI PATOLOGIA	SEGNI/SINTOMI MINORI Calo ponderale < 5% Calo energie *	90
DIFFICOLTA' LIEVE GRAVE	DIFFICOLTA' LIEVE MODERATA (camminare/guidare)	LIEVE DIFFICOLTA'	ATTIVITA' NORMALE CON FATICA. QUALCHE SEGNO O SINTOMO DI MALATTIA	ALCUNI SINTOMI Calo ponderale < 10% Calo moderato di energie**	80
INABILE	DIFFICOLTA' MODERATA (si muove prevalentemente in casa)	MODERATA DIFFICOLTA'	INCAPACE DI LAVORARE MA AUTOSSUFFICIENTE	ALCUNI SEGNI E SINTOMI (calo MODERATO di energie)	70
INABILE	GRAVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE/ GUIDARE	DIFFICOLTA' MODERATA - GRAVE	RICHIEDE ASSISTENZA OCCASIONALE MA E' CAPACE DI BADARE ALLA MAGGIOR PARTE DEI SUOI BISOGNI	SEGNI/SINTOMI MAGGIORI Grave calo ponderale >10%***	60
INABILE	ALZATO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA	GRAVE DIFFICOLTA'	RICHIEDE CONSIDEREVOLE ASSISTENZA E FREQUENTE ASSISTENZA MEDICA	SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE Paziente ambulatoriale	50
INABILE	A LETTO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA	LIMITATA CURA DI SE'	DISABILE; RICHIEDE SPECIALI CURE E ASSISTENZA	ASSISTENZA SANITARIA STAORDINARIA (per frequenza e tipo di interventi)	40
INABILE	INABILE	INABILE	GRAVEMENTE DISABILE; E' INDICATO IL RICOVERO ANCHE SE LA MORTE NON E' IMMINENTE	INDICATO RICOVERO O OSPEDALIZZAZIONE A DOMICILIO SUPPORTO SANITARIO INTENSIVO	30
* SALTUARI Non condizionanti il supporto terapeutico continuativo ** SALTUARI O COSTANTI Condizionanti spesso il supporto terapeutico *** COSTANTI O INVALIDANTI Condizionanti il supporto terapeutico		INABILE	PARTICOLARMENTE DISABILE; NECESSARIO IL RICOVERO; NECESSARIO UN TRATTAMENTO DI SUPPORTO ATTIVO	GRAVE COMPROMISSIONE DI UNA O PIU' FUNZIONI VITALI IRREVERSIBILE	20
			MORIBONDO	RAPIDA PROGRESSIONE PROCESSI BIOLOGICI MORTALI	10
			DECEDUTO	DECEDUTO	0

Data: \_\_\_\_\_

Il Medico Specialista

<sup>1</sup> Da compilarsi a cura del medico specialista ONCOLOGO (struttura pubblica o privato convenzionato col SSN.), in caso di diagnosi di patologia oncologica, come da allegato alla D.G.R. N. 30/17 DEL 30.7.2013