

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

di Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J, *Neurology*, 1994; 44:2308-2314
Valid. italiana di Binetti et al., 1998

Le informazioni vanno raccolte con la persona che vive vicino al paziente e possono essere verificate interrogando o osservando il paziente stesso. Le domande si riferiscono sempre a modificazioni insorte dopo l'esordio della malattia. Non vanno registrate quelle caratteristiche legate alla situazione premorbose del paziente (depressione, ansietà, ecc.) che non si sono modificate dopo l'esordio della demenza. Bisogna ricordare periodicamente durante l'intervista che ci riferiamo ai cambiamenti insorti con la demenza. Le domande devono riferirsi alla situazione del paziente nelle 6 settimane precedenti all'intervista (l'ultimo mese e mezzo). Ogni area indagata è formata da una domanda di screening e da domande di approfondimento che vanno compilate solo se risulta positiva la domanda di screening. Nel caso esistano evidenti discrepanze tra quanto osservabile e quanto segnalato dal caregiver, o se le risposte fornite non vengono ritenute valide, occorre segnalare la non applicabilità (n.a.).

Per la valutazione della **frequenza** delle manifestazioni si chiede, alla fine delle domande di ciascuna sezione: "Ora vorrei sapere con quale frequenza sono presenti questi problemi [si deve fare riferimento alla manifestazione neuropsichiatrica più grave rilevata per ogni sezione]".

Per la valutazione della **gravità** delle manifestazioni si chiede, alla fine delle domande di ciascuna sezione: "Ora vorrei sapere questi comportamenti quanto sono gravi, vorrei che mi riferisse la gravità riferendosi al grado di coinvolgimento e di disabilità sperimentato dal suo congiunto [si deve fare riferimento alla manifestazione neuropsichiatrica più grave rilevata per ogni sezione]".

Per la valutazione dello **stress emotivo o psicologico del caregiver** si chiede, alla fine delle domande di ciascuna sezione: "Ora mi indichi quale stress o disagio le hanno provocato questi comportamenti descritti [si deve fare riferimento alla manifestazione neuropsichiatrica più grave rilevata per ogni sezione]".

NOME DELL'INTERVISTATO: _____

GRADO DI PARENTELA O QUALIFICA: _____

	n.a.	Frequenza (x)				Gravità (y)			x × y												Distress (w)				
		[1]	[2]	[3]	[4]	[1]	[2]	[3]	[1]	[2]	[3]	[4]	[6]	[8]	[9]	[12]	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]			
A. DELIRI																									
B. ALLUCINAZIONI																									
C. AGITAZIONE																									
D. DEPRESSIONE / DISFORIA																									
E. ANSIA																									
F. EUFORIA / ESALTAZIONE																									
G. APATIA / INDIFFERENZA																									
H. DISINIBIZIONE																									
I. IRRITABILITÀ / LABILITÀ																									
J. ATTIVITÀ MOTORIA																									
K. SONNO																									
L. DISTURBI DELL'APPETITO E DELL'ALIMENTAZIONE																									

LEGENDA

FREQUENZA: 1 = raramente; 2 = talvolta; 3 = frequentemente; 4 = quasi costantemente;

GRAVITÀ: 1 = lieve (non produce disturbo al paziente); 2 = moderata (comporta disturbo per il paziente); 3 = severa (estremamente disturbante per il paziente/ richiede la somministrazione di farmaci);

DISTRESS (STRESS EMOTIVO O PSICOLOGICO PER IL CAREGIVER): 0 = nessuno; 1 = minimo; 2 = lieve; 3 = moderato; 4 = severo; 5 = grave;

A. DELIRI

Il paziente crede cose che non sono vere? Per esempio, insiste sul fatto che qualcuno sta cercando di fargli del male o di rubargli qualcosa; dice che i componenti della famiglia non sono chi dicono di essere, o che la casa non è la sua? Non mi riferisco a semplice sospettosità; siamo interessati a sapere se il paziente sia convinto che queste cose gli stiano realmente accadendo.

n.a.**Sì****No**

Se si procedere con le seguenti domande di approfondimento:

1. Il paziente crede di essere in pericolo o che qualcuno voglia fargli del male?

Sì**No**

2. Il paziente crede che qualcuno lo stia derubando?

Sì**No**

3. Il paziente crede che il/la proprio/a marito/moglie lo/la tradisca?

Sì**No**

4. Il paziente crede che ospiti indesiderati vivano nella sua casa?

Sì**No**

5. Il paziente crede che il/la proprio/a marito/moglie o altre persone non siano in realtà chi dicono di essere?

Sì**No**

6. Il paziente crede che la propria abitazione non sia casa propria?

Sì**No**

7. Il paziente crede che i familiari vogliano abbandonarlo?

Sì**No**

8. Il paziente crede che le immagini della televisione o le fotografie delle riviste siano realmente presenti in casa? [Cerca di interagire con esse]

Sì**No**

9. Il paziente crede altre cose insolite di cui non le ho chiesto?

Sì**No****FREQUENZA:**

- ☐ 1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
☐ 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
☐ 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana)
☐ 4. Molto Frequentemente (una o più volte al giorno)

GRAVITÀ:

- ☐ 1. Lieve (deliri presenti ma sembrano innocui e producono poco disturbo al paziente)
☐ 2. Moderata (i deliri sono disturbanti e dirompenti)
☐ 3. Marcata (i deliri sono molto distruttivi e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali).

Se sono prescritti farmaci sedativi ciò costituisce un indice di marcata gravità dei deliri.

STRESS EMOTIVO O PSICOLOGICO DEL CAREGIVER:

- ☐ 0. Nessuno
☐ 1. Minimo
☐ 2. Lieve
☐ 3. Moderato
☐ 4. Severo
☐ 5. Grave

B. ALLUCINAZIONI

Il paziente ha allucinazioni, cioè vede o sente cose che non esistono? Sembra vedere, sentire o provare cose non presenti? Con questa domanda non intendiamo solamente convinzioni sbagliate, cioè affermare che una persona morta sia ancora viva, quanto piuttosto vogliamo sapere se il paziente presenta la percezione non normale di suoni o di visioni.

n.a.**Sì****No**

Se si procedere con le seguenti domande di approfondimento:

1. Il paziente dice di sentire delle voci o si comporta come se le sentisse?

Sì**No**

2. Il paziente parla con persone che non sono presenti?

Sì**No**

3. Il paziente riferisce di vedere cose che gli altri non vedono o si comporta come se vedesse cose che gli altri non vedono (come persone, animali, luci, ecc.)?

Sì**No**

4. Il paziente dice di sentire odori che gli altri non sentono?

Sì**No**

5. Il paziente riferisce di sentire cose che strisciano o lo toccano sulla pelle?

Sì**No**

6. Il paziente riferisce di percepire sapori senza una causa nota?

Sì**No**

7. Il paziente riferisce altre esperienze sensoriali insolite?

Sì**No****FREQUENZA:**

- ☐ 1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
☐ 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
☐ 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana)
☐ 4. Molto Frequentemente (una o più volte al giorno)

GRAVITÀ:

- ☐ 1. Lieve (allucinazioni presenti ma sembrano innocue e producono poco disturbo al paziente)
☐ 2. Moderate (le allucinazioni sono disturbanti e dirompenti)
☐ 3. Marcate (le allucinazioni sono molto distruttive e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali). Farmaci sedativi potrebbero essere necessari per controllare le allucinazioni.

STRESS EMOTIVO O PSICOLOGICO DEL CAREGIVER:

- ☐ 0. Nessuno
☐ 1. Minimo
☐ 2. Lieve
☐ 3. Moderato
☐ 4. Severo
☐ 5. Grave

C. AGITAZIONE / AGGRESSIVITÀ

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

n.a.**Sì****No**

Se si procedere con le seguenti domande di approfondimento:

1. Il paziente diviene irritato con chi cerca di assisterlo o resiste ad attività come il bagno o il cambio dei vestiti?

Sì**No**

2. Il paziente è ostinato, volendo le cose fatte a modo suo?

Sì**No**

3. Il paziente non collabora, resiste se aiutato da altri?

Sì**No**

4. Il paziente presenta altri comportamenti che rendono difficoltosa la sua gestione?

Sì**No**

5. Il paziente grida o bestemmia in modo arrabbiato?

Sì**No**

6. Il paziente sbatte le porte, dà calci ai mobili, lancia gli oggetti?

Sì**No**

7. Il paziente tenta di far male o di colpire gli altri?

Sì**No**

8. Il paziente presenta altri comportamenti aggressivi o altre forme di agitazione?

Sì**No****FREQUENZA:**

- ☐ 1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
☐ 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
☐ 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana)
☐ 4. Molto Frequentemente (una o più volte al giorno)

GRAVITÀ:

- ☐ 1. Lieve (il comportamento è disturbante ma può essere controllato con supervisione o rassicurazioni)
☐ 2. Moderata (comportamento disturbante e difficile da sviare o controllare)
☐ 3. Marcata (l'agitazione è molto disturbante e rappresenta una delle principali cause dei disturbi comportamentali; può esserci pericolo per la sicurezza personale). Farmaci sono spesso necessari.

**STRESS EMOTIVO O
PSICOLOGICO DEL
CAREGIVER:**

- ☐ 0. Nessuno
☐ 1. Minimo
☐ 2. Lieve
☐ 3. Moderato
☐ 4. Severo
☐ 5. Grave

D. DEPRESSIONE / DISFORIA

Il paziente sembra essere triste e depresso? Dice di sentirsi triste o depresso?

Sì**n.a.****No**

Se si procedere con le seguenti domande di approfondimento:

1. Il paziente ha dei periodi di malinconia o di pianto che sembrano indicare tristezza?

Sì**No**

2. Il paziente parla o si comporta come se fosse triste o giù di corda?

Sì**No**

3. Il paziente si abbatte o dice di sentirsi un fallito?

Sì**No**

4. Il paziente dice di essere una persona cattiva o si aspetta di essere punito?

Sì**No**

5. Il paziente sembra molto scoraggiato o dice di non aver speranze per il futuro?

Sì**No**

6. Il paziente dice di essere un peso per la propria famiglia o che la propria famiglia starebbe meglio senza di lui?

Sì**No**

7. Il paziente dice di desiderare la morte o dice di volersi uccidere?

Sì**No**

8. Il paziente presenta altri segni di depressione o di tristezza?

Sì**No****FREQUENZA:**

- ☐ 1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
☐ 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
☐ 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana, ma non tutti i giorni)
☐ 4. Molto Frequentemente (praticamente sempre presente)

GRAVITÀ:

- ☐ 1. Lievi (la depressione è disturbante ma può essere controllata con supervisione e rassicurazioni)
☐ 2. Moderata (la depressione è disturbante, i sintomi depressivi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare)
☐ 3. Marcata (la depressione è molto disturbante e rappresenta una delle principali cause di sofferenza per il paziente)

**STRESS EMOTIVO O
PSICOLOGICO DEL
CAREGIVER:**

- ☐ 0. Nessuno
☐ 1. Minimo
☐ 2. Lieve
☐ 3. Moderato
☐ 4. Severo
☐ 5. Grave

E. ANSIA**n.a.**

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

Sì**No**

Se si procedere con le seguenti domande di approfondimento:

1. Il paziente dice di essere allarmato per le cose che succederanno nel futuro?	Sì	No
2. Il paziente ha dei momenti in cui si sente debole, incapace di rilassarsi oppure si sente eccessivamente teso?	Sì	No
3. Il paziente ha momenti (o si lamenta) di respiro corto, è ansimante, sospirante senza apparente ragione se non nervosismo?	Sì	No
4. Il paziente si lamenta di avere le "rane" nello stomaco, di batticuore quando è nervoso (sintomi non spiegabili da malattie)?	Sì	No
5. Il paziente evita certi posti o situazioni che lo rendono più nervoso, quali viaggiare in automobile, incontrare amici oppure stare tra la folla?	Sì	No
6. Il paziente diventa nervoso e disturbato se viene separato da voi (o da chi lo assiste)? [Vi sta accanto per evitare la separazione?]	Sì	No
7. Il paziente manifesta altri segni di ansia?	Sì	No

FREQUENZA:	☐ 1. Raramente (meno di una volta alla settimana) ☐ 2. Talvolta (circa una volta alla settimana) ☐ 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana, ma non tutti i giorni) ☐ 4. Molto Frequentemente (praticamente sempre presente)
GRAVITÀ:	☐ 1. Lieve (l'ansia è disturbante ma può essere controllata con supervisione e rassicurazioni) ☐ 2. Moderata (l'ansia è disturbante, i sintomi ansiosi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare) ☐ 3. Marcata (l'ansia è molto disturbante e rappresenta una delle principali cause di sofferenza per il paziente)
STRESS EMOTIVO O PSICOLOGICO DEL CAREGIVER:	☐ 0. Nessuno ☐ 1. Minimo ☐ 2. Lieve ☐ 3. Moderato ☐ 4. Severo ☐ 5. Grave

F. ESALTAZIONE / EUFORIA**n.a.**

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

Sì**No**

Se si procedere con le seguenti domande di approfondimento:

Sì**No**

1. Il paziente sembra sentirsi eccessivamente bene o essere troppo felice, in modo differente dal solito?	Sì	No
2. Il paziente trova ridicole e ride per cose che altri non ritengono spiritose?	Sì	No
3. Il paziente ha un senso dell'umorismo da bambino con la tendenza a ridacchiare o ridere quando non è il caso (come ad esempio quando qualche contrattempo colpisce altre persone)?	Sì	No
4. Il paziente fa degli scherzi o compie osservazioni che sono poco spiritose ma che lui pensa divertenti?	Sì	No
5. Il paziente compie scherzi come dare pizzicotti oppure fa dei giochetti solo per divertimento?	Sì	No
6. Il paziente si vanta o dice di essere molto più bravo o più ricco di quanto sia veramente?	Sì	No
7. Il paziente mostra altri segni che indicano che si sente troppo bene o troppo felice?	Sì	No

FREQUENZA:	☐ 1. Raramente (meno di una volta alla settimana) ☐ 2. Talvolta (circa una volta alla settimana) ☐ 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana, ma non tutti i giorni) ☐ 4. Molto Frequentemente (praticamente sempre presente)
GRAVITÀ:	☐ 1. Lieve (l'esaltazione è evidente ma non dirompente) ☐ 2. Moderata (l'esaltazione è evidentemente anormale) ☐ 3. Marcata (l'esaltazione è molto pronunciata; il paziente è euforico e trova quasi tutto ridicolo)
STRESS EMOTIVO O PSICOLOGICO DEL CAREGIVER:	☐ 0. Nessuno ☐ 1. Minimo ☐ 2. Lieve ☐ 3. Moderato ☐ 4. Severo ☐ 5. Grave

G. APATIA / INDIFFERENZA**n.a.**

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

Sì**No**

Se si procedere con le seguenti domande di approfondimento:

1. Il paziente è meno spontaneo o meno attivo del solito?

Sì**No**

2. Il paziente è meno disponibile ad iniziare conversazioni?

Sì**No**

3. Il paziente si comporta meno affettuosamente o mostra perdita delle emozioni rispetto al solito?

Sì**No**

4. Il paziente contribuisce meno alle faccende di casa?

Sì**No**

5. Il paziente sembra meno interessato alle attività ed ai progetti degli altri?

Sì**No**

6. Il paziente ha perso interesse verso gli amici ed i parenti?

Sì**No**

7. Il paziente è meno entusiasta dei suoi interessi?

Sì**No**

8. Il paziente mostra altri segni di noncuranza nel fare cose nuove?

Sì**No****FREQUENZA:**

- ☐ 1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
☐ 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
☐ 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana, ma non tutti i giorni)
☐ 4. Molto Frequentemente (praticamente sempre presente)

GRAVITÀ:

- ☐ 1. Lieve (l'apatia è evidente ma produce poca interferenza con la routine di tutti i giorni; solo lievemente differente dal comportamento abituale del paziente; il paziente risponde a stimolazioni ed è coinvolto in attività)
☐ 2. Moderata (l'apatia è molto evidente; può essere superata con l'incoraggiamento e la persuasione del caregiver; risponde spontaneamente solo ad eventi importanti quali visite di parenti o di familiari)
☐ 3. Marcata (l'apatia è molto evidente ed usualmente non risponde ad alcun incoraggiamento o evento esterno)

**STRESS EMOTIVO O
PSICOLOGICO DEL
CAREGIVER:**

- ☐ 0. Nessuno
☐ 1. Minimo
☐ 2. Lieve
☐ 3. Moderato
☐ 4. Severo
☐ 5. Grave

H. DISINIBIZIONE**n.a.**

Il paziente sembra agire impulsivamente senza pensarci? Fa o dice cose che di solito non dice o non fa in pubblico? Fa cose imbarazzanti per voi o per altri?

Sì**No**

Se si procedere con le seguenti domande di approfondimento:

1. Il paziente agisce impulsivamente senza apparentemente considerare le conseguenze?

Sì**No**

2. Il paziente parla ad estranei come se li conoscesse?

Sì**No**

3. Il paziente dice delle cose offensive o irrispettose?

Sì**No**

4. Il paziente dice cose volgari o fa apprezzamenti sessuali che di solito non faceva?

Sì**No**

5. Il paziente parla apertamente di cose private che di solito non discuteva in pubblico?

Sì**No**

6. Il paziente si prende delle libertà o tocca oppure abbraccia altre persone in modo diverso dal solito comportamento?

Sì**No**

7. Il paziente mostra altri segni di disinibizione?

Sì**No****FREQUENZA:**

- ☐ 1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
☐ 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
☐ 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana, ma non tutti i giorni)
☐ 4. Molto Frequentemente (praticamente sempre presente)

GRAVITÀ:

- ☐ 1. Lieve (la disinibizione è evidente ma usualmente risponde alle correzioni)
☐ 2. Moderata (la disinibizione è molto evidente e difficile da superare da parte del caregiver)
☐ 3. Marcata (la disinibizione solitamente non risponde ad interventi da parte del caregiver ed è fonte di imbarazzo o di difficoltà sociali)

**STRESS EMOTIVO O
PSICOLOGICO DEL
CAREGIVER:**

- ☐ 0. Nessuno
☐ 1. Minimo
☐ 2. Lieve
☐ 3. Moderato
☐ 4. Severo
☐ 5. Grave

I. IRRITABILITÀ / LABILITÀ

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

n.a.

Se si procedere con le seguenti domande di approfondimento:

Sì**No**

1. Il paziente ha un brutto carattere, "perde le staffe" per piccole cose?

Sì**No**

2. Il paziente presenta rapidi cambiamenti di umore, passando dalla serenità alla rabbia?

Sì**No**

3. Il paziente presenta improvvisi momenti di rabbia?

Sì**No**

4. Il paziente è insofferente, si innervosisce per i ritardi o attende ansiosamente di portare a termine le cose che aveva programmato?

Sì**No**

5. Il paziente è irritabile e nervoso?

Sì**No**

6. Il paziente borbotta frequentemente e risulta difficile sopportarlo?

Sì**No**

7. Il paziente presenta altri segni di irritabilità?

Sì**No****FREQUENZA:**

- ☐ 1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
☐ 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
☐ 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana, ma non tutti i giorni)
☐ 4. Molto Frequentemente (praticamente sempre presente)

GRAVITÀ:

- ☐ 1. Lieve (l'irritabilità o la labilità è evidente ma usualmente risponde alle correzioni ed alle rassicurazioni)
☐ 2. Moderata (l'irritabilità o la labilità è molto evidente e difficile da controllare da parte del caregiver)
☐ 3. Marcata (l'irritabilità o la labilità sono molto evidenti; solitamente non rispondono ad interventi da parte del caregiver e sono uno dei principali problemi del paziente)

STRESS EMOTIVO O PSICOLOGICO DEL CAREGIVER:

- ☐ 0. Nessuno
☐ 1. Minimo
☐ 2. Lieve
☐ 3. Moderato
☐ 4. Severo
☐ 5. Grave

J. COMPORTAMENTO MOTORIO ABERRANTE

Il paziente cammina continuamente, continua a fare e rifare le stesse cose, come ad es. aprire gli armadi o i cassetti, oppure sposta in continuazione gli oggetti o attorciglia le stringhe o i lacci?

n.a.**Sì****No**

Se si procedere con le seguenti domande di approfondimento:

Sì**No**

1. Il paziente cammina per la casa senza un preciso scopo?

Sì**No**

2. Il paziente si aggira per la casa aprendo o rovistando cassetti ed armadi?

Sì**No**

3. Il paziente continua a mettere e togliersi i vestiti?

Sì**No**

4. Il paziente fa azioni o particolari movimenti che continua a ripetere?

Sì**No**

5. Il paziente tende a ripetere continuamente determinati gesti quali abbottonarsi, afferrare, slacciarsi le stringhe, ecc.?

Sì**No**

6. Il paziente si agita eccessivamente, sembra incapace di star seduto, o fa saltellare in modo eccessivo i piedi o le dita?

Sì**No**

7. Il paziente presenta altre attività ripetitive?

Sì**No****FREQUENZA:**

- ☐ 1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
☐ 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
☐ 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana, ma non tutti i giorni)
☐ 4. Molto Frequentemente (praticamente sempre presente)

GRAVITÀ:

- ☐ 1. Lieve (l'attività motoria anomala è evidente ma interferisce poco con le attività quotidiane)
☐ 2. Moderata (l'attività motoria anomala è molto evidente; può essere controllato da parte del caregiver)
☐ 3. Marcata (l'attività motoria anomala è molto evidente, di solito non risponde a nessun intervento da parte del caregiver e rappresenta uno dei problemi principali del paziente)

STRESS EMOTIVO O PSICOLOGICO DEL CAREGIVER:

- ☐ 0. Nessuno
☐ 1. Minimo
☐ 2. Lieve
☐ 3. Moderato
☐ 4. Severo
☐ 5. Grave

K. SONNO**n.a.**

Il paziente presenta disturbi del sonno? Sta alzato, vaga per la casa durante la notte, si veste e si sveste, disturba il sonno dei familiari? [Non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per notte, per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente]

Sì**No**

Se sì procedere con le seguenti domande di approfondimento:

1. Il paziente presenta difficoltà ad addormentarsi?

Sì**No**

2. Il paziente si alza spesso volte durante la notte? [Non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per notte, per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente]

Sì**No**

3. Il paziente vaga per la casa o svolge attività inopportune?

Sì**No**

4. Il paziente disturba i familiari e li tiene svegli?

Sì**No**

5. Il paziente si veste e vuole uscire di casa credendo che sia mattina?

Sì**No**

6. Il paziente si sveglia molto presto al mattino [rispetto alle sue abitudini]?

Sì**No**

7. Il paziente dorme eccessivamente durante il giorno?

Sì**No**

8. Il paziente presenta altri disturbi notturni che provocano fastidio e che non ho nominato?

Sì**No****FREQUENZA:**

- ☐ 1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
☐ 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
☐ 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana, ma non tutti i giorni)
☐ 4. Molto Frequentemente (praticamente sempre presente)

GRAVITÀ:

- ☐ 1. Lieve (le alterazioni del sonno sono presenti ma non particolarmente disturbanti)
☐ 2. Moderata (le alterazioni del sonno sono disturbanti per il paziente e per il sonno dei suoi familiari, può essere presente più di un tipo di disturbo)
☐ 3. Marcata (le alterazioni del sonno sono particolarmente disturbanti sia per il paziente che per il sonno dei suoi familiari, numerosi tipi di disturbi notturni possono essere presenti)

**STRESS EMOTIVO O
PSICOLOGICO DEL
CAREGIVER:**

- ☐ 0. Nessuno
☐ 1. Minimo
☐ 2. Lieve
☐ 3. Moderato
☐ 4. Severo
☐ 5. Grave

L. DISTURBI DELL'APPETITO E DELL'ALIMENTAZIONE**n.a.**

Il paziente presenta disturbi dell'alimentazione, come ad esempio alterazioni dell'appetito, alterazioni delle abitudini o delle preferenze alimentari? Ha subito variazioni di peso? [Se incapace di alimentarsi rispondere n.a.]

Sì**No**

Se sì procedere con le seguenti domande di approfondimento:

1. Il paziente presenta perdita dell'appetito?

Sì**No**

2. Il paziente presenta aumento dell'appetito?

Sì**No**

3. Il paziente presenta diminuzione di peso?

Sì**No**

4. Il paziente presenta aumento di peso?

Sì**No**

5. Il paziente ha cambiato le sue abitudini alimentari (ad es. mangia voracemente)?

Sì**No**

6. Il paziente presenta cambiamenti di gusto riguardo ai tipi di cibo che gli/le piacevano (ad es. mangia molti alimenti dolci o preferisce un cibo particolare)?

Sì**No**

7. Il paziente ha sviluppato specifiche abitudini, come mangiare sempre le stesse cose ogni giorno o sempre nello stesso ordine?

Sì**No**

8. Il paziente presenta altri disturbi dell'appetito o dell'alimentazione che non ho nominato?

Sì**No****FREQUENZA:**

- ☐ 1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
☐ 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
☐ 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana, ma non tutti i giorni)
☐ 4. Molto Frequentemente (praticamente sempre presente)

GRAVITÀ:

- ☐ 1. Lieve (i disturbi dell'appetito sono presenti ma non hanno causato alterazioni del peso del paziente)
☐ 2. Moderata (i disturbi dell'appetito sono presenti ed hanno causato lievi fluttuazioni del peso del paziente)
☐ 3. Marcata (i disturbi dell'appetito sono presenti, hanno causato importanti variazioni di peso del paziente e sono disturbanti)

**STRESS EMOTIVO O
PSICOLOGICO DEL
CAREGIVER:**

- ☐ 0. Nessuno
☐ 1. Minimo
☐ 2. Lieve
☐ 3. Moderato
☐ 4. Severo
☐ 5. Grave