

CHECKLIST DI LIEVE DETERIORAMENTO DEL COMPORTAMENTO

Data:

Compilato da: medico familiare paziente

Segnare "sì" solo se il comportamento è stato presente per almeno sei mesi (in modo continuo e non saltuario), altrimenti segnare "no". Segnalare il livello di gravità:

1 = lieve (evidente, ma non un cambiamento significativo);

2 = moderato (cambiamento significativo ma non drammatico);

3 = grave (molto evidente con modificazione seria). Se ci sono più modificazioni in una sola domanda, valutare solo la più grave.

	SÌ	NO	GRAVITÀ		
Questo campo descrive gli interessi, le motivazioni e le attività					
La persona ha perso interesse verso gli amici, i famigliari e le attività della casa?	SÌ	NO	1	2	3
La persona mostra di aver perso curiosità in campi che l'hanno sempre interessata?	SÌ	NO	1	2	3
La persona si presenta meno spontanea ed attiva nell'iniziare o nel far durare una conversazione?	SÌ	NO	1	2	3
La persona ha perso la motivazione ad agire nei riguardi dei suoi obblighi e dei suoi interessi?	SÌ	NO	1	2	3
La persona mostra un minor coinvolgimento affettivo o emotivo rispetto al passato?	SÌ	NO	1	2	3
La persona non si preoccupa né si cura più di niente?	SÌ	NO	1	2	3
Questo campo descrive l'umore e i sintomi di ansietà					
La persona appare triste o sembra giù di morale? Ha spesso episodi di pianto?	SÌ	NO	1	2	3
La persona presenta un minor interesse verso esperienze piacevoli?	SÌ	NO	1	2	3
La persona è scoraggiata riguardo al futuro o riporta un senso di fallimento?	SÌ	NO	1	2	3
La persona si vede come un peso per la famiglia?	SÌ	NO	1	2	3
La persona si mostra più ansiosa o preoccupata riguardo ad attività di routine (appuntamento, visite, ecc.)?	SÌ	NO	1	2	3
La persona si sente molto tesa, incapace di rilassarsi o presenta sintomi di panico?	SÌ	NO	1	2	3

Questo campo descrive la capacità a ritardare la gratificazione e a controllare comportamenti e impulsi					
La persona è diventata agitata, aggressiva, irritabile o capricciosa?	SÌ	NO	1	2	3
La persona è diventata polemica in modo irragionevole?	SÌ	NO	1	2	3
La persona è diventata più impulsiva e sembra agire senza considerare la realtà?	SÌ	NO	1	2	3
La persona si presenta sessualmente disinibita o ha comportamenti invasivi come toccare (sé stessa o gli altri), abbracciare le persone in modo insolito o offensivo?	SÌ	NO	1	2	3
La persona presenta più facilmente episodi di frustrazione o di impazienza? La persona manifesta preoccupazione nei riguardi di ritardi o attese del proprio turno?	SÌ	NO	1	2	3
La persona presenta mancanza di giudizio quando guida (alta velocità, errore nello sterzare o continui cambi di corsia)?	SÌ	NO	1	2	3
La persona è diventata più testarda o più rigida ed insiste sulla propria opinione, incapace di prendere in considerazione e di accettare la posizione degli altri?	SÌ	NO	1	2	3
La persona presenta una modificazione nel proprio comportamento alimentare (mangia eccessivamente, insiste nel mangiare solo particolari cibi, mangia cibi sempre nello stesso identico ordine)?	SÌ	NO	1	2	3
La persona non trova più il cibo piacevole? Comincia a mangiare meno?	SÌ	NO	1	2	3
La persona comincia ad accumulare oggetti mentre non lo aveva mai fatto prima?	SÌ	NO	1	2	3
La persona presenta comportamenti ripetitivi o compulsivi?	SÌ	NO	1	2	3
La persona ha recentemente sviluppato problemi per quando riguardo il fumo, l'alcool, l'assunzione di farmaci, il gioco, il taccheggio?	SÌ	NO	1	2	3
Questo campo descrive il seguire norme sociali e l'aver senso di gratitudine, tatto e empatia					
La persona è diventata meno interessata nell'effetto che le sue parole o le sue azioni hanno sugli altri? È diventata insensibile ai sentimenti degli altri?	SÌ	NO	1	2	3
La persona ha cominciato a parlare apertamente di argomenti molto personali o privati di cui di solito non parlava in pubblico?	SÌ	NO	1	2	3
La persona dice cose volgari o molto crude o fa commenti osceni e sessuali che non aveva mai fatto prima?	SÌ	NO	1	2	3
La persona sembra aver perso il giudizio sociale che aveva su cosa dire e come comportarsi in pubblico e in privato?	SÌ	NO	1	2	3
La persona parla adesso agli estranei come se fossero familiari o si intromette nelle loro attività?	SÌ	NO	1	2	3

Questo campo descrive le credenze molto radicate e le esperienze sensoriali					
La persona ha sviluppato credenze sul fatto che è in pericolo o che altri stanno pianificando strategie per danneggiarla o rubarle cose di sua proprietà?	Sì	NO	1	2	3
La persona ha sviluppato sospetti sulle intenzioni o le motivazioni di altre persone?	Sì	NO	1	2	3
La persona ha credenze irrealistiche sul proprio potere, sul proprio benessere o sulle sue abilità?	Sì	NO	1	2	3
La persona afferma di sentire voci o parla con persone immaginarie o "spiriti"?	Sì	NO	1	2	3
La persona afferma o si lamenta di vedere cose (per es. persone, animali o insetti) che non ci sono, o agisce come se ci fossero?	Sì	NO	1	2	3

Traduzione della checklist sviluppata dall'International Society to Advance Alzheimer's Research and Treatment (ISTAART) – Neuropsychiatric Symptom Professional Interest Area.