

VALUTAZIONE – OPTI-Q

L'obiettivo di questa valutazione è di determinare la situazione attuale del paziente utilizzando domande strutturate per ottenere una domande strutturate che consentono un'anamnesi olistica del paziente.

Le anomalie discusse in questa sede forniscono al medico di famiglia una base per la stesura di un piano di trattamento completo, che tenga conto degli obiettivi del paziente nel passaporto di cura.

Il team decide insieme quale professionista sanitario effettuerà la valutazione. Idealmente, dovrebbe essere una persona che ha anche la fiducia del paziente.

Come illustrare efficacemente la valutazione al/la paziente?

«Ora effettueremo una valutazione olistica della Sua salute generale e delle capacità della vita quotidiana. Questo ci permetterà di identificare tempestivamente eventuali problemi importanti. Alcune delle domande hanno risposte predefinite.

Prima le leggerò le domande, dopodiché le chiederò di scegliere la risposta che rispecchia meglio la sua situazione.»

Per l'esecuzione:

Se la risposta del/la paziente ha uno sfondo grigio, segnare anche la casella a destra, poiché questa risposta dovrà essere fornita al medico di famiglia, che dovranno esaminarla e chiarirla più approfonditamente.

(Compilare o incollare l'etichetta)

<i>Data:</i>	<i>Ora di inizio:</i>
<i>Nome del/la paziente:</i>	
<i>Data di nascita:</i>	
<i>ID paziente:</i>	

1. A Grado di efficienza

Necessità di approfondimento

Nelle ultime due settimane: ha avuto difficoltà a svolgere le sue attività quotidiane fuori e / o dentro casa?

Nessuna Poche Qualcuna Molte Nulla di compiuto

1. B Vista

Ha problemi a distinguere le parole leggendo il giornale, anche con gli occhiali?

Sì No

Ha problemi a riconoscere le persone sull'altro lato della strada, anche con gliocchiali?

Sì No

1. C Udito

Ha difficoltà a comprendere ciò che si dice durante una conversazione (ev. anche con l'apparecchio acustico)?

Sì No

1. D Cadute

A difficoltà ad alzarsi dal letto / mettersi a letto o ad alzarsi da una sedia/ sedersi su una sedia?

Sì No

Ha problemi di equilibrio o difficoltà a camminare?

Sì No

Negli ultimi 12 mesi le è capitato di cadere due o più volte?

Sì No

→ Se la risposta ad almeno una delle tre domande è «Sì», è possibile eseguire il [«Timed 'Up and Go'-Test»](#).

1. E Incontinenza urinaria

Necessità di approfondimento

Le è capitato di perdere alcune gocce di urina quando tossisce, starnutisce, ride, corre o si china?

Mai Raramente Qualche volta Spesso Sempre

Le capita di non fare in tempo a raggiungere il bagno?

Mai Raramente Qualche volta Spesso Sempre

→ Se il paziente è un uomo, porre anche le seguenti domande:

Deve spingere per riuscire ad urinare?

Mai Raramente Qualche volta Spesso Sempre

Le accade di continuare a sgocciolare dopo avere urinato?

Mai Raramente Qualche volta Spesso Sempre

1. F Depressione

Punti

→ Valutazione: Inserire nella colonna di destra i punti indicati tra parentesi.

Con quale frequenza ha sofferto dei seguenti disturbi nelle ultime due settimane?

I Scarso interesse o piacere nello svolgere le sue attività

Per niente (0) In alcuni giorni (1)
 In più della metà dei giorni (2) Quasi ogni giorno (3)

.....

II Abbattimento, malinconia o disperazione

Per niente (0) In alcuni giorni (1)
 In più della metà dei giorni (2) Quasi ogni giorno (3)

.....

→ Se la risposta ad almeno una delle due domande precedenti è «In alcuni giorni», procedere con le domande III–IX:

III Difficoltà a prendere sonno o a dormire ininterrottamente, oppure aumento delle ore di sonno

Per niente (0) In alcuni notti (1)
 In più della metà dei notti (2) Quasi ogni notte (3)

.....

IV Stanchezza o sensazione di non avere energia

Per niente (0) In alcuni giorni (1)
 In più della metà dei giorni (2) Quasi ogni giorno (3)

.....

V Calo dell'appetito o eccessivo bisogno di mangiare

Per niente (0) In alcuni giorni (1)
 In più della metà dei giorni (2) Quasi ogni giorno (3)

.....

Punti

VI Cattiva opinione di sé; sensazione di fallimento o di avere deluso la famiglia

- Per niente (0) In alcuni giorni (1)
 In più della metà dei giorni (2) Quasi ogni giorno (3)

VII Difficoltà a concentrarsi su qualcosa

- Per niente (0) In alcuni giorni (1)
 In più della metà dei giorni (2) Quasi ogni giorno (3)

VIII Le è accaduto che i suoi movimenti o il suo modo di parlare fossero così rallentati da essere notati anche da altri? O al contrario di provare agitazione, irrequietezza e una maggiore necessità di muoversi?

- Per niente (0) In alcuni giorni (1)
 In più della metà dei giorni (2) Quasi ogni giorno (3)

IX Pensare che sarebbe meglio essere morti o desiderio di farsi del male

- Per niente (0) In alcuni giorni (1)
 In più della metà dei giorni (2) Quasi ogni giorno (3)

→ Valutazione:

0 – 4 punti: nessuna depressione

5 – 9 punti: sospetto di lieve depressione

10 – 14 punti: sospetto di depressione di media entità

15 – 27 punti: sospetto di grave depressione

Totale domande
I – IX:

Necessità di
approfondimento

1. G Contesto sociale

Ha qualcuno che può occuparsi di lei in caso di emergenza, ad es. di una caduta?

- Sì No In dubbio

Ha qualcuno con cui può confidarsi e di cui si fida?

- Sì No In dubbio

1. H Test di efficienza cognitiva

→ Consegnare al / la paziente il foglio con il disegno del cerchio a pagina 6.

→ Dare al / la paziente le seguenti istruzioni:

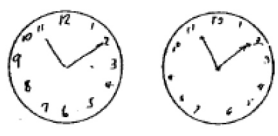
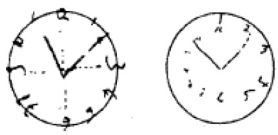
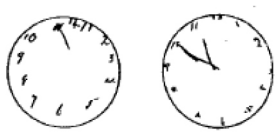
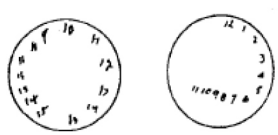
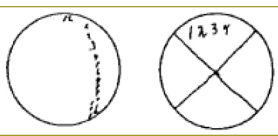
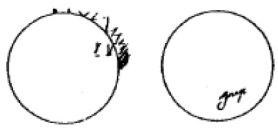
«Questo deve diventare un orologio. La prego di inserire in questo orologio le cifre mancanti. :Quindi disegni l'orario 11:10.»

→ Prima dell'inizio del test è possibile ripetere le istruzioni, ma durante il test Il / la paziente rifiuta non dovranno essere fornite altre indicazioni.

→ Valutazione:

Valutare il disegno eseguito in base ai seguenti criteri (punteggio).

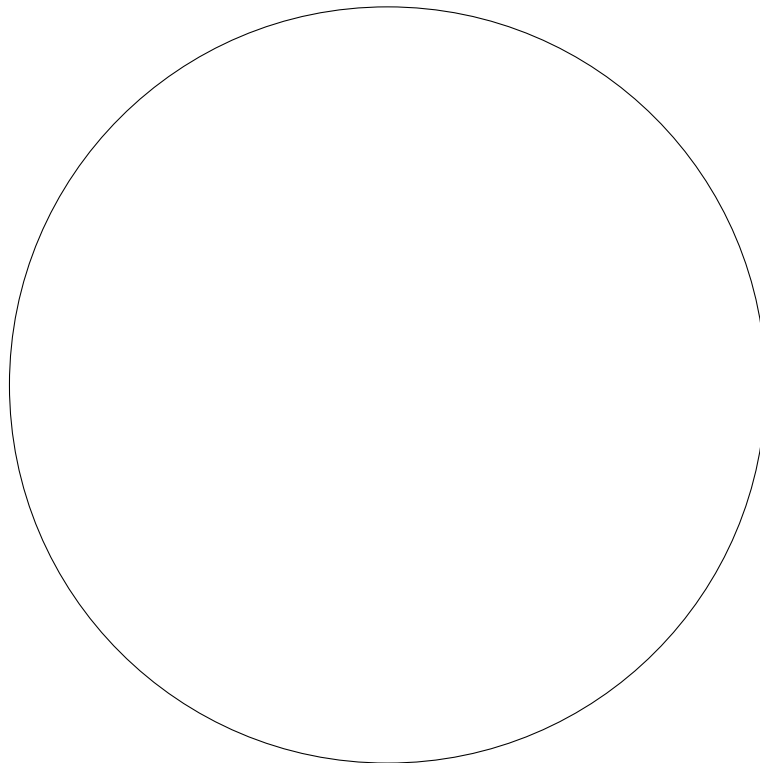
(1 = nessun errore, 6 = impossibile riconoscere un orologio)

Descrizione	Punteggio
<p>«Perfetto»</p> <p>→ Cifre 1 – 12 inserite correttamente</p> <p>→ Due lancette che indicano l'orario corretto (ore 11:10)</p>	<p>1</p> 
<p>«Lievi errori visuo-spaziali»</p> <p>→ Distanze irregolari tra le cifre</p> <p>→ Cifre che fuoriescono dal cerchio</p> <p>→ Il foglio viene girato, così che le cifre sono sottosopra</p> <p>→ Il / la paziente utilizza delle linee («raggi») per orientarsi</p>	<p>2</p> 
<p>«Orario errato, anche se la rappresentazione visualizzazione dell'orologio è corretta»</p> <p>→ Una sola lancetta</p> <p>→ «11 e 10» (o simile) scritto come testo</p> <p>→ Nessun orario indicato</p>	<p>3</p> 
<p>«Disorganizzazione visuo-spaziale di media entità che rende impossibile disegnare correttamente l'orario, spazi intermedi irregolari»</p> <p>→ Spazi intermedi irregolari</p> <p>→ Cifre dimenticate</p> <p>→ Perseverazione: ripete il cerchio, cifre oltre il 12</p> <p>→ Inversione destra-sinistra (cifre in senso antiorario)</p> <p>→ Disgrafia – cifre scritte in modo illeggibile</p>	<p>4</p> 
<p>Grave disorganizzazione visuo-spaziale</p> <p>→ Come descritto al punto (4), ma in forma più accentuata</p>	<p>5</p> 
<p>Quello rappresentato non è un orologio (attenzione: indice di depressione / disturbo delirante!)</p> <p>→ Nemmeno il benché minimo tentativo di disegnare un orologio</p> <p>→ Nessuna somiglianza con un orologio</p> <p>→ Il / la paziente scrive parole o il suo nome</p>	<p>6</p> 

1. H Test di efficienza cognitiva – allegato

→ Cerchio per il test dell'orologio

Stampare questa pagina.



→ Valutazione:

Necessità di approfondimento

Punteggio

1 2 3 4 5 6

Data:

Nome del/la paziente:

Data di nascita:

ID paziente:

2. Dolore

Necessità di approfondimento

Nelle ultime quattro settimane ha sofferto di dolori?

Sì No

→ Se la risposta è «Sì», approfondire ponendo le seguenti domande:

Qual era l'intensità dei suoi dolori?

Lieve Moderata Forte

In che misura i dolori l'hanno ostacolata nell'attività quotidiana?

Per niente Poco Abbastanza Molto

3. Capogiri

Ha dei capogiri?

No Qualche volta Spesso (Quasi) sempre

→ Se la risposta è «Qualche volta», «Spesso» o «(Quasi) sempre», è necessario approfondire con le seguenti domande:

I capogiri sono orientati in una direzione o non sono diretti («tempesta»)?

Una direzione Nessuna direzione

Quando ha avvertito per la prima volta questi capogiri?

In che misura i capogiri l'hanno ostacolata nell'attività quotidiana?

Per niente Poco Abbastanza Molto

4. Calo ponderale involontario

Punti

→ Valutazione: Inserire nella colonna di destra i punti indicati tra parentesi.

Negli ultimi tre mesi ha mangiato meno a causa di una perdita di appetito, problemi di digestione, difficoltà a masticare o deglutire?

- Forte riduzione dell'assunzione di cibo (0)
- Leggera diminuzione dell'assunzione di cibo (1)
- Nessuna diminuzione dell'assunzione di cibo (2)

.....

Negli ultimi tre mesi ha perso involontariamente peso?

- Calo ponderale > 3 kg (0) Calo ponderale non noto (1)
- Calo ponderale di 1 – 3 kg (2) Nessun calo ponderale (3)

.....

Mobilità – qual è la sua situazione?

- Allettamento o mobilizzazione su una sedia (0)
- Capacità di muoversi nell'appartamento (1)
- Capacità di lasciare l'appartamento (2)

.....

Negli ultimi tre mesi ha sofferto di una malattia acuta o di stress psichico?

- Sì (0) No (2)

.....

Soffre di disturbi della memoria o sbalzi d'umore?

- Gravi disturbi della memoria o sbalzi d'umore (0)
- Lievi disturbi della memoria o sbalzi d'umore (1)
- Nessuno (2)

.....

Body Mass Index (BMI):

Peso corporeo: kg / (altezza: m)² = valore BMI

- BMI < 19 (0) 19 ≤ BMI < 21 (1)
- 21 ≤ BMI < 23 (2) BMI ≥ 23 (3)

.....

→ Valutazione dello screening:

(max. 14 punti)

12 – 14 punti: stato nutrizionale normale

8 – 11 punti: rischio di malnutrizione

0 – 7 punti: malnutrizione

Totale:

Necessità di approfondimento

→ Se non sussiste alcun rischio di malnutrizione, è possibile porre le domande successive. Se invece sussiste tale rischio, le domande sull'alimentazione sono superflue e la situazione deve essere approfondita dal medico di famiglia. In alternativa richiedere una consulenza nutrizionale.

5. Alimentazione

Necessità di approfondimento

→ Le domande che seguono fanno riferimento alle raccomandazioni della piramide alimentare svizzera. Le dimensioni delle porzioni indicate si riferiscono a persone adulte e hanno valore orientativo. Variano a seconda del fabbisogno energetico (legato a fattori quali età, sesso, altezza, attività fisica ecc.), della malattia o del tipo di alimentazione (vegana, vegetariana ecc.) e possono essere più scarse o più abbondanti.

Quanta acqua (acqua minerale naturale e gassata, acqua di rubinetto) e bevande come caffè o tè (tè nero, tè verde, tisane ecc.) beve normalmente in un giorno?

Nessuna
 2.5 – 5 dl
 Fino a 1 litro
 1 – 2 litri
 Più di 2 litri

Quante porzioni di frutta (cruda, cotta o sotto forma di succo non zuccherato) mangia / beve normalmente in un giorno?

Nessuna
 1 – 2
 Più di 2

Quante porzioni di verdura (cruda, cotta o sotto forma di succo non zuccherato) e insalata mangia / beve normalmente in un giorno?

Nessuna
 1 – 2
 Più di 2

→ Spiegazione: Le 5 porzioni raccomandate di frutta, verdura e insalata si suddividono in 2 porzioni di frutta e 3 porzioni di verdura / insalata. Una porzione corrisponde circa a una manciata. 1 porzione di succo corrisponde a 1 dl; di norma se ne beve tuttavia un bicchiere, che corrisponde almeno a 2 dl = 2 porzioni.

Quante porzioni di latte e latticini mangia / beve normalmente in un giorno?

Nessuna
 1
 2
 3
 Più di 3

→ Spiegazione: 1 porzione corrisponde a 2 dl di latte o 150 – 200 g di yogurt / quark / formaggio fresco / altri latticini o a 30 g di formaggio a pasta semidura / dura o a 60 g di formaggio a pasta molle.

Quante porzioni di carne / pollame / insaccati / pesce / uova / tofu ecc. mangia normalmente in un giorno?

Nessuna
 1
 2
 3
 Più di 3

→ Spiegazione: 1 porzione corrisponde a 100 – 120 g di carne / pollame / insaccati / pesce / uova / tofu / seitan / quorn (peso netto all'origine), 2–3 uova, 30 g di formaggio a pasta semidura / dura, 60 g di formaggio a pasta molle o 150 – 200 g di quark / formaggio fresco.

Desidera approfondire ulteriormente il tema dell'alimentazione? Ha bisogno di assistenza (ad es. una consulenza nutrizionale)?

Sì
 No

→ Eventuale richiesta di una consulenza nutrizionale da parte del medico di famiglia. Al link che segue è possibile trovare un elenco di consulenti nutrizionali riconosciuti dall'AOMS: <https://svde-asdd.ch/beraterinnen-suche/>

6. Attività della vita quotidiana (ADL)

Necessità di approfondimento

Negli ultimi sette giorni ha avuto bisogno di assistenza per svolgere le seguenti attività:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Igiene personale (incl. lavarsi il viso, pettinarsi, rasarsi, truccarsi, lavarsi i denti) | <input type="checkbox"/> Uso della toilette |
| <input type="checkbox"/> Bagno/doccia | <input type="checkbox"/> Mangiare |
| <input type="checkbox"/> Vestirsi e svestirsi | <input type="checkbox"/> Cucinare |
| <input type="checkbox"/> Camminare | <input type="checkbox"/> Lavori domestici |
| <input type="checkbox"/> Fare acquisti | <input type="checkbox"/> Bucato |
| <input type="checkbox"/> Telefonare | <input type="checkbox"/> Medicamenti |
| <input type="checkbox"/> Mezzi di trasporto | <input type="checkbox"/> Altre attività: |
| <input type="checkbox"/> Finanze | |

-
- Non ho bisogno di aiuto nelle attività quotidiane

→ **Contrassegnare la casella relativa alla necessità di approfondimento se un'attività è già stata menzionata per la quale è necessario assistenza nella vita di tutti i giorni.**

→ **In caso di necessità di assistenza nelle attività quotidiane, approfondire ponendo le seguenti domande:**

Perché ha bisogno di assistenza in queste attività?

Sino ad ora chi le ha fornito aiuto?

Pensa che questa persona sia disponibile e in grado di aiutarla a lungo termine o le piacerebbe potersi organizzare diversamente per ricevere assistenza?

Le piacerebbe disporre di determinati mezzi ausiliari?

7. Mobilità e capacità di spostamento

→ Le risposte alle domande sull'attività fisica dovranno essere successivamente valutate dal medico.

In quanti giorni ha fatto attività fisica nell'ultima settimana?

..... Giorni

Nei giorni sopra citati, per quanto tempo ha fatto attività fisica?

..... Minuti al giorno

In media, con quale intensità ha praticato attività fisica?

- Leggera (ad es. camminare lentamente)
- Media (camminare velocemente)
- Intensa (jogging lento, nuoto)
- Molto intensa (corsa veloce o salire le scale)
- Attualmente nessuna attività fisica

→ Se necessario, eseguire il [«Sit-To-Stand-Test»](#) (pagina 2).

8. Dipendenze

Necessità di
approfondimento

Alcol

Negli ultimi 7 giorni ha consumato birra, vino, grappa o altri alcolici?

Sì No

→ Se la risposta è «Sì», approfondire ponendo le seguenti domande:

Quanto beve mediamente in un giorno?

..... Unità

Definizione di un'unità: 3 dl di birra, 1 dl di vino, 0.2 dl di grappa

→ Se il numero di unità alcoliche indicate è ≥ 2 , è necessario approfondire ponendo le seguenti domande:

Ha mai considerato l'eventualità di consumare meno alcolici?

Sì No

Le è mai capitato di irritarsi per essere stato/a criticata/o per il suo consumo di alcolici?

Sì No

Si è mai sentito/a in colpa per il fatto di consumare alcolici?

Sì No

Le è mai capitato di bere come prima cosa al mattino, per calmare i nervi o per farsi passare il mal di testa?

Sì No

→ Almeno due risposte positive indicano la probabile presenza di problemi correlati ad un eccessivo consumo di alcol.

Tabacco e prodotti sostitutivi del tabacco

Negli ultimi 30 giorni ha consumato tabacco o prodotti sostitutivi del tabacco?

Sì No

→ Se la risposta è «Sì», approfondire ponendo le seguenti domande:

Quanto tabacco consuma mediamente in un giorno?

..... Sigarette (o altro prodotto sostitutivo, come tabacco per uso orale o sigaretta elettronica)

Le interesserebbe smettere di fumare?

Sì No

Ha mai provato a consumare la nicotina in una forma che comporti meno rischi
(ad es. inalando vapore da una sigaretta elettronica)?

Come passaggio intermedio o per smettere di fumare?

Medicamenti e altre sostanze

Punti

→ **Valutazione dello screening:** Ogni «Sì» vale un punto

I Negli ultimi 12 mesi ha assunto medicinali e altre sostanze, diversamente da come le erano stati prescritti, che non le erano affatto stati prescritti o che ha assunto in misura maggiore a quanto prescritto (ad es. benzodiazepine e analoghi delle benzodiazepine [zolpidem e zopiclone], determinati analgesici, antidepressivi, antipsicotici, Ritalin ecc.)?

Sì No Non so

.....

→ **Se la risposta è «Sì» o «Non so», approfondire ponendo le seguenti domande:**

II Consuma più di un medicamento / una sostanza contemporaneamente?

Sì No

.....

III Non sarebbe più in grado di smettere di consumare questi medicinali / queste sostanze anche se volesse?

Sì No

.....

IV Le è mai capitato di avere dei blackout o dei flashback correlati al consumo di medicinali / sostanze?

Sì No

.....

V A volte si sente a disagio o colpevole a causa del consumo di medicinali / sostanze?

Sì No

.....

VI A volte suo marito / sua moglie (o i suoi genitori) si lamentano per il suo consumo di medicinali / sostanze?

Sì No

.....

VII Ha trascurato la sua famiglia a causa del suo consumo di medicinali / sostanze?

Sì No

.....

VIII Le è accaduto di lasciarsi andare a comportamenti illegali per procurarsi i medicinali / le sostanze?

Sì No

.....

Punti

IX Ha mai sofferto di sintomi da astinenza perché aveva sospeso il consumo di medicinali / sostanze?

Sì No

.....

X Ha mai avuto problemi medici a causa del consumo di medicinali / sostanze (ad es. perdita di memoria, epatite, convulsioni, emorragie)?

Sì No

.....

→ **Valutazione dello screening:**

Ogni «Sì» vale un punto

Totale:

0 punti: nessun problema

1 – 2 punti: low level → Monitoraggio, rivalutazione in un secondo momento

3 – 5 punti: moderate level → da verificare/seguire

6 – 8 punti: substantial level → Valutazione intensiva

9 – 10 punti: severe level → Valutazione intensiva

Necessità di approfondimento

9. Sessualità

A Posso rivolgerle alcune domande sulla sua sessualità o preferisce parlarne con il suo medico di famiglia?

Sì, va bene

No, voglio parlarne con il mio medico di famiglia

No, non desidero parlarne nello studio del medico di famiglia

→ Se la risposta è «No», è possibile concludere l'intervista.

→ Se la risposta è «Sì», proseguire con le seguenti domande:

B È soddisfatto/a della sua vita sessuale?

Sì No

→ Se la risposta è «Sì», è possibile passare alla domanda 9.D:

→ Se la risposta è «No», proseguire con le domande:

C Le piacerebbe approfondire questo argomento?

Sì Non so No

Con chi le piacerebbe parlarne?

D È sessualmente attivo/a?

Sì No (non attualmente)

→ Se la risposta è «Sì», proseguire con le seguenti domande:

→ Se la risposta è «No», è possibile concludere l'intervista.

Necessità di approfondimento

E Come si protegge dalle malattie sessualmente trasmissibili?

F Ha mai contratto una malattia sessualmente trasmissibile?

Sì No

→ Se la risposta è «Sì», approfondire ponendo le seguenti domande:

→ Se la risposta è «No», è possibile concludere l'intervista.

G Quale?

H Si è sottoposto / a o è attualmente in terapia per curarla?

Sì No

Osservazioni conclusive:

Ora di fine	Durata:
Nome del/la professionista sanitario/a:	
Professione (ASM, CMA, APN, medico di famiglia, altro):	

Fonte delle domande di valutazione

Domande 1:

Manageable Geriatric Assessment (MAGIC), adattamento a cura di QualiCCare
Annual Wellness Visit – Pre-Visit Questionnaire, adattamento a cura di QualiCCare
Timed up and go Test (TUG)
Questionario PHQ-9

Domande 2:

DEGAM Geriatrisches Assessment, adattamento a cura di QualiCCare

Domande 3:

QualiCCare

Domande 4:

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Domande 5:

Test sulla piramide alimentare, Società Svizzera di Nutrizione, adattamento a cura di QualiCCare

Domande 6:

OPTUM – Health Risk Assessment, adattamento a cura di QualiCCare

Domande 7:

OPTUM – Health Risk Assessment, adattamento a cura di QualiCCare
«Sit-To-Stand-Test»

Domande 8:

OPTUM – Health Risk Assessment, adattamento a cura di QualiCCare
Questionario CAGE – Questionario Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener
DAST-10 Drug Abuse Screening Test, adattamento a cura di QualiCCare

Domande 9:

DAM 01/2016 – Die Allgemeinmediziner (I medici generici), adattamento a cura di QualiCCare