



I.A.D.L.

**SCALA DELLE ATTIVITA' STRUMENTALI QUOTIDIANE**

(Instrumental Activities of Daily Living - modificato da L. Lawton secondo F. Fabris)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

DOMANDE	Visita del ____/____/____
<b>1. CAPACITA' DI USARE IL TELEFONO</b> Usa il telefono di propria iniziativa, stacca il microfono e compone il numero, ecc. Compone solo alcuni numeri ben conosciuti. Risponde al telefono, ma non é capace di comporre il numero. Non é capace di usare il telefono.	A 3 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> NA 0 <input type="checkbox"/>
<b>2. FARE ACQUISTI</b> Fa tutte le proprie spese senza aiuto. Fa piccoli acquisti senza aiuto. Ha bisogno di essere accompagnato quando deve acquistare qualcosa. Completamente incapace di fare acquisti.	A 3 <input type="checkbox"/> NA 2 <input type="checkbox"/> NA 1 <input type="checkbox"/> NA 0 <input type="checkbox"/>
<b>3. MEZZI DI TRASPORTO</b> Si sposta da solo/a sui mezzi pubblici o guida l'auto. Si sposta in taxi ma non usa i mezzi di trasporto pubblici. Usa i mezzi pubblici se assistito o accompagnato. Può spostarsi solo con taxi od auto e con l'assistenza di altri. Non si sposta per niente.	A 4 <input type="checkbox"/> A 3 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> NA 1 <input type="checkbox"/> NA 0 <input type="checkbox"/>
<b>4. RESPONSABILITA' NELL'USO DEI MEDICINALI</b> Prende le medicine che gli/le sono state affidate, in dosi e a tempi giusti. Prende le medicine se sono preparate in anticipo in dosi separate. Non é in grado di prendere le medicine da solo.	A 2 <input type="checkbox"/> NA 1 <input type="checkbox"/> NA 0 <input type="checkbox"/>
<b>5. CAPACITA' DI MANEGGIARE IL DENARO</b> Maneggia il denaro in modo indipendente (riscuote ed amministra i propri introiti, pensione, ecc.). E' in grado di fare piccoli acquisti, ma non quelli importanti. E' incapace di maneggiare i soldi.	A 2 <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> NA 0 <input type="checkbox"/>
<b>PUNTEGGIO TOTALE:</b>	
<b>NUMERO DI FUNZIONI PERSE:</b>	/ 5

**Firma del compilatore**

Data \_\_\_\_\_

**Autonomo pt. 23 - 15 - Parzialmente autonomo 14 - 8 - Non autonomo pt. <=7**  
**nei soggetti di sesso femminile e nei maschi che vivono soli valutare anche**  
**i punti 6 - 7 - 8 (Vedi retro).**



COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

DOMANDE	Visita del ____/____/____
<b>6. PREPARAZIONE DEI PASTI</b> Organizza, prepara e serve senza bisogno di aiuto pasti adeguatamente preparati. Prepara pasti adeguati se sono forniti gli ingredienti. Scalda e serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata. Ha bisogno di avere pasti preparati e serviti.	A 3 <input type="checkbox"/> NA 2 <input type="checkbox"/> NA 1 <input type="checkbox"/> NA 0 <input type="checkbox"/>
<b>7. GOVERNO DELLA CASA</b> Mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza (per es. Aiuto per lavori pesanti). Esegue compiti giornalieri come lavare i piatti o fare i letti Esegue i compiti quotidiani leggeri ma non mantiene un accettabile livello di pulizia. Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di mantenimento della casa. Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa.	A 4 <input type="checkbox"/> A 3 <input type="checkbox"/> NA 2 <input type="checkbox"/> NA 1 <input type="checkbox"/> NA 0 <input type="checkbox"/>
<b>8. BIANCHERIA</b> Fa il bucato personale completamente. Lava le piccole cose (sciacqua le calze, fazzoletti, ecc.) Tutta la biancheria deve essere lavata da altri.	A 2 <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> NA 0 <input type="checkbox"/>
<b>PUNTEGGIO TOTALE:</b>	
<b>NUMERO DI FUNZIONI PERSE:</b>	/ 8

**Firma del compilatore**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Eventuali considerazioni**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---