



SCALA DI AUTOVALUTAZIONE DELLE DISABILITA'

BROWN SELF ASSESSMENT DISABILITY SCALE

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____

Data inizio ciclo di trattamento _____ pratica n° _____

Per ciascuna voce segni con una crocetta il numero che meglio descrive la facilità o la difficoltà che incontra nel compiere quella specifica azione.

Se ha notato che in alcuni momenti riesce meglio che in altri, indichi la condizione in cui si trova generalmente nel momento in cui deve eseguire quella determinata azione. Se normalmente fa uso di un bastone per camminare risponda come si troverebbe se ne fosse sprovvisto.

- 1. capace da solo senza difficoltà**
- 2. capace da solo con piccolo sforzo**
- 3. capace da solo con grande sforzo o piccolo aiuto**
- 4. capace ma solo con aiuto costante**
- 5. incapace**

1. Alzarsi dal letto	1	2	3	4	5
2. Alzarsi da una poltrona	1	2	3	4	5
3. Camminare in casa	1	2	3	4	5
4. Uscire di casa e recarsi ai negozi	1	2	3	4	5
5. Usare mezzi pubblici	1	2	3	4	5
6. Salire le scale	1	2	3	4	5
7. Scendere le scale	1	2	3	4	5
8. Lavarsi il viso e le mani	1	2	3	4	5
9. Entrare nella vasca	1	2	3	4	5
10. Uscire dalla vasca	1	2	3	4	5
11. Vestirsi	1	2	3	4	5
12. Spogliarsi	1	2	3	4	5
13. Lavarsi i denti	1	2	3	4	5
14. Aprire le scatolette	1	2	3	4	5
15. Versare il latte dal cartone o dalla bottiglia	1	2	3	4	5
16. Fare un tè o un caffè	1	2	3	4	5
17. Reggere la tazzina sul piattino	1	2	3	4	5
18. Lavare e asciugare i piatti	1	2	3	4	5
19. Tagliare il cibo con forchetta e coltello	1	2	3	4	5
20. Raccogliere un oggetto da terra	1	2	3	4	5
21. Inserire o rimuovere una spina elettrica	1	2	3	4	5
22. Comporre un numero telefonico	1	2	3	4	5
23. Sostenere e leggere un quotidiano	1	2	3	4	5
24. Scrivere una lettera	1	2	3	4	5
25. Girarsi nel letto	1	2	3	4	5