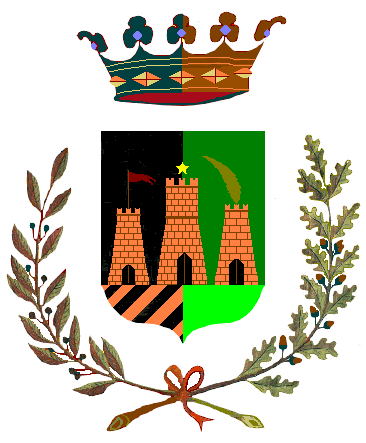
**

Comune di Rometta

Città Metropolitana di Messina

**Assistenza domiciliare per anziani**

**SCHEDA DESCRITTIVA DELL'AUTOSUFFICIENZA**

(da compilarsi a cura del medico di famiglia)

|  |  |
| --- | --- |
| **BARTHEL: VALUTAZIONE DELLA DISABILITA'** |  |
| ANZIANO: | Età |
| **ATTIVITA'** |  |
| **Alimentazione** |  |
| 0= incapace |  |
| 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo |  |
| 10 = indipendente |  |
| **Fare il bagno** |  |
| 0= dipendente |  |
| 5= indipendente |  |
| **Igiene personale** |  |
| 0= necessita di aiuto |  |
| 5= Si lava la faccia,si pettina, si lava i denti, si rade(inserisce la spina se usa il rasoio) | |
| **Vestirsi** |  |
| 0= dipendente |  |
| 5= necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole | |
| 10 = indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni | |
| **Controllo del retto** |  |
| 0= incontinente |  |
| 5= occasionali incidenti o necessita di aiuto |  |
| 10 = continente |  |
| **Controllo della vescica** |  |
| 0= incontinente |  |
| 5= occasionali incidenti o necessita di aiuto |  |
| 10 = continente |  |
| **Trasferimenti nel bagno** |  |
| 0= dipendente |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica |  |
| 10 = indipendente | |
| **Trasferimenti sedia/letto** |  |
| 0= incapace, no equilibrio da seduto |  |
| 5= in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi |  |
| 10 = minima assistenza e supervisione |  |
| 15= indipendente | |
| **Deambulazione** |  |
| 0= immobile |  |
| 5= indipendente con carrozzina per > 45 m |  |
| 10 = necessita di aiuto di una persona per > 45 m |  |
| 15= indipendente per più di 45 m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello | |
| **Salire le scale** |  |
| 0= incapace |  |
| 5= necessita di aiuto o supervisione |  |
| 10 = indipendente, può usare ausili |  |
| TOTALE (0-100) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **In seguito alla valutazione generale**  **SI CERTIFICA CHE** | |
| * l’anziano è parzialmente autosufficiente |  |
| * l’anziano non è autosufficiente |  |
| (data) | Firma  e timbro del medico curante |