



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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
5= in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi	
10 = minima assistenza e supervisione	
15= indipendente	
Deambulazione	
0= immobile	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
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