



Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU



Italiadomani PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE PRAIA/SCALEA

PNRR - M5C2I1.1 - SUB-INVESTIMENTO 1.1.2 - AUTONOMIA DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI -

CUP: E14H22000390001

SCHEDA SULLO STATO DI SALUTE DELL'ANZIANO/A

(a cura del Medico curante)

Dati dell'assistito/a:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_,

Patologia sanitaria prevalente: (indicarne solo una)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Neoplasie                | <input type="checkbox"/> Altre Condizioni Invalidanti Apparato Locomotore  |
| <input type="checkbox"/> Ictus                    | <input type="checkbox"/> Condizioni Invalidanti Apparato Respiratorio      |
| <input type="checkbox"/> Demenza                  | <input type="checkbox"/> Condizioni Invalidanti Apparato Genito-urinario   |
| <input type="checkbox"/> Malattie cardiovascolari | <input type="checkbox"/> Altre Condizioni Invalidanti Apparato Neurologico |
| <input type="checkbox"/> Cecità                   | <input type="checkbox"/> Sindromi Psichiatriche                            |
| <input type="checkbox"/> Sordità                  | <input type="checkbox"/> Grande Senilità                                   |
|   | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____                         |

Patologie concomitanti:

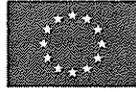
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'assistito/a usufruisce, in atto, dell'assistenza domiciliare?  NO  SÌ (specificare)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Osservazioni generali e/o particolari sullo stato di salute:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Italiadomani  
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



## AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE PRAIA/SCALEA

### Scala BIM (Indice di Barthel Modificato)

#### Linee guida per la compilazione

- a) Deve essere registrato quello che il paziente "fa", non quello che il paziente "sarebbe in grado" di fare.  
 b) Lo scopo principale è quello di stabilire il grado di indipendenza da ogni aiuto esterno fisico o verbale per quanto modesto tale aiuto sia o qualunque ne sia la ragione.  
 c) La necessità di supervisione fa sì che il paziente non possa essere classificato indipendente.  
 d) La performance del paziente deve essere stabilita nel modo più affidabile. Benché sia possibile basarsi su quanto riferito dai famigliari o da infermieri, è sempre meglio una osservazione diretta della prestazione.  
 e) Le categorie di punteggio medio implicano che il paziente fa solo il 50% dell'attività.  
 f) L'uso di ausili per compiere le attività è permesso.

#### 1. Alimentazione

- Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività, tagliare, spalmare, ecc.).  
 Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona.  
 Capace di alimentarsi da solo ma con supervisione. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc.  
 Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es. cucchiaino).  
 Totalmente dipendente, deve essere imboccato

#### 2. Igiene Personale

- Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi, un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni, e con tutti i tipi di rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.  
 In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni.  
 Necessita di aiuto per una o più operazioni.  
 Necessita di aiuto per tutte le operazioni.  
 Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.

#### 3. Farsi il bagno o la doccia

- Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatura completa, completamente autonomo.  
 Necessita di supervisione per sicurezza (es. trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.).  
 Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.  
 Necessita di aiuto per tutte le operazioni.  
 Totalmente dipendente nel lavarsi

#### 4. Abbigliamento

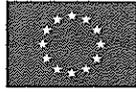
- Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corse. o una protesi.  
 Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe ecc.).  
 Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.  
 Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività.  
 Totalmente dipendente, non collabora alle attività.

#### 5. Trasferimenti carrozzina/letto

- Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.  
 Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza.  
 Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.

### AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE PRAIA/SCALEA

- Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento.



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Italiadomani  
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



- Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevammati.

#### 6. Uso del WC

- Capace di trasferirsi da/sul WC, sfilarsi/infilarsi i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. Può usare la comoda o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento e la pulizia).
- Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc.
- Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.
- Necessita di aiuto per tutte le operazioni.
- Totalmente dipendente.

#### 7. Deambulazione

- Capace di gestire una protesi se necessaria, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 metri senza aiuto o supervisione.
- Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio.
- Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.
- Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.
- Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.

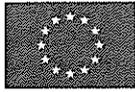
#### 8. Uso della carrozzina

*(N.B. compilare questa parte solo se il paziente ha preso "0" nella precedente area "Deambulazione")*

- Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.) L'autonomia deve essere di almeno 50 m.
- Capace di spingersi per tempi prolungati e su tenerli pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette.
- È necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc.
- Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre.
- Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina

#### 9. Scale

- È in grado di salire e scendere una rampa di scala in sicurezza senza aiuto né supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.
- Generalmente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea ecc.
- Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.
- Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.
- Incapace di salire e scendere le scale.



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Italiadomani  
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



**AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE PRAIA**

**Informazioni MMG:**

Cognome e Nome:

\_\_\_\_\_

Tel/Cell:

\_\_\_\_\_

mail:

\_\_\_\_\_

Indirizzo ambulatorio:

\_\_\_\_\_

Orario ricevimento:

mattina

pomeriggio

LUN \_\_\_\_\_

MAR \_\_\_\_\_

MER \_\_\_\_\_

GIO \_\_\_\_\_

VEN \_\_\_\_\_

SAB \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA

Copia informatica - COMUNE DI PRAIA A MARE - partenza - Prot. 7154/PROT del 29/02/2024 - titolo XIV