**ALL. C**

(**A CURA DEL MEDICO DI BASE O DI UN MEDICO DEL SSN**)

**VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI NON AUTOSUFFICIENZA**

Con la presente si certifica che il/la paziente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha ottenuto una valutazione del Livello di dipendenza pari a:

 Totale

 Severa

 Moderata

 Lieve

 Minima

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Timbro e firma del medico certificatore)

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

**Barthel Index Modificato (BIM)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Alimentazione** | **BIM** |
| 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.) | **10** |
| Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona. | **8** |
| Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc. | **5** |
| Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es.cucchiaio). | **2** |
| Totalmente dipendente, deve essere imboccato. | **0** |
| **Igiene Personale** | **BIM** |
| 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. | **5** |
| In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni. | **4** |
| Necessita di aiuto per una o più operazioni. | **3** |
| Necessita di aiuto per tutte le operazioni. | **1** |
| Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente. | **0** |
| **Farsi il bagno o la doccia** | **BIM** |
| Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatura completa, completamente autonomo. | **5** |
| Necessita di supervisione per sicurezza (es. Trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.). | **4** |
| Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi. | **3** |
| Necessita di aiuto per tutte le operazioni. | **1** |
| Totalmente dipendente nel lavarsi. | **0** |
| **Abbigliamento** | **BIM** |
| Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corsetto o una protesi. | **10** |
| Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe ecc.). | **8** |
| Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento. | **5** |
| Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività. | **2** |
| Totalmente dipendente, non collabora alle attività. | **0** |
| **Trasferimenti carrozzina/letto** | **BIM** |
| 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. | **15** |
| Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza. | **12** |
| Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento. | **8** |
| Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento. | **3** |
| Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un solleva malati. | **0** |
| **Uso del W.C.** | **BIM** |
| Capace di trasferirsi da/sul W.C., 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). | **10** |
| Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc. | **8** |
| Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani. | **5** |
| Necessita di aiuto per tutte le operazioni. | **2** |
| Totalmente dipendente. | **0** |
| **Continenza urinaria** | **BIM** |
| Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni (condom, ecc.) | **10** |
| Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari. | **8** |
| Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari. | **5** |
| Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari. | **2** |
| Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora. | **0** |
| **Continenza intestinale** | **BIM** |
| Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri. | **10** |
| Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri. | **8** |
| Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone. | **5** |
| Necessita di aiuto in tutte le fasi. | **2** |
| Totalmente incontinente. | **0** |
| **Deambulazione** | **BIM** |
| 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 mt. senza aiuto o supervisore. | **15** |
| Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio. | **8** |
| Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili. | **5** |
| Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione. | **2** |
| Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare. | **0** |
| **Uso della carrozzina (nel BIM non c'è questa area, inserire 5 nell'area. Deambulazione se il paziente è autonomo in carrozzina)\*** | **BIM** |
| Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc ecc.). L'autonomia deve essere di almeno 50 mt. | **5** |
| Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette. | **4** |
| È necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc. | **3** |
| Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre. | **1** |
| Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina. | **0** |
| ***\*Assegnare punteggio 5 qualora la persona valutata non utilizzi la carrozzina*** |  |
| **Scale** | **BIM** |
| È in grado di salire e scendere una rampa di scala in sicurezza senza aiuto nè supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo. | **10** |
| Generalmente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea ecc. | **8** |
| Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza. | **5** |
| Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili. | **2** |
| Incapace di salire e scendere le scale. | **0** |
| **TOTALE** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Categorie** | **Punteggi totali Indice di Barthel** **Modificato** | **Livello di dipendenza** |
| 1 | 0-24 | Totale |
| 2 | 25-49 | Severa |
| 3 | 50-74 | Moderata |
| 4 | 75-90 | Lieve |
| 5 | 91-99 | Minima |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Timbro e firma del medico certificatore)

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