

COMUNE DI .....

PROVINCIA DI .....

## SERVIZI ASSISTENZIALI PER ANZIANI

### CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI AUTOSUFFICIENZA

SIG. ....

#### a) Elementi indispensabili

L'anziano :

- |                                   |                             |                             |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1) si fa capire                   | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 2) vede                           | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 3) mangia da solo                 | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 4) cammina (si muove con protesi) | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |

#### b) Elementi secondari

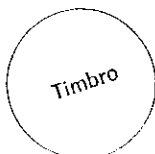
L'anziano :

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1) si veste da solo                     | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 2) si lava da solo                      | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 3) sente a sufficienza                  | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 4) è socievole                          | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 5) si muove senza protesi               | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 6) abbisogna di sedativi perché agitato | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 7) abbisogna di continue cure mediche   | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |

La mancanza di un elemento del primo gruppo o di più di due elementi del secondo gruppo determina la non autosufficienza dell'anziano.

NOTE: .....

.....  
.....  
.....



Il Medico curante

.....

Il sottoscritto .....  
medico curante .....  
esperiti gli opportuni accertamenti, dichiara che il Sig. ....

è idoneo a vivere in comunità e, presentemente, è da ritenersi autosufficiente  
non è non autosufficiente

Note : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data .....

Firma

---

**PARTE RISERVATA ALL'AMMINISTRAZIONE**

La Commissione nominata dal Consiglio comunale, per l'esame delle domande di ammissione ai servizi assistenziali dell'Ente;

Vista la relazione del medico curante;

Vista la relazione del medico dell'Ente;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**D I S P O N E**

l'accoglimento della domanda presentata dal Sig. ....

per .....

dichiarando lo stesso, presentemente autosufficiente  
non autosufficiente

Firma

.....  
.....  
.....