

B.I.N.A.H

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA PER ANZIANI NON ISTITUZIONALIZZATI

SCHEDA SOCIO-ANAGRAFICA

Cognome : _____ Nome : _____

Sesso : [1] Maschio [2] Femmina

Comune di nascita : _____ Provincia : _____

Data di nascita : ____ / ____ / ____ Tessera sanitaria n.: _____

Comune di residenza : _____ Codice comune : _____

DOMICILIO ABITUALE :

- [1] Pianura
- [2] Zona collinare
- [3] Zona montana
- [4] Zona sub-urbana
- [5] Zona rurale

STATO CIVILE :

- [1] Celibe / nubile
- [2] Coniugato / a
- [3] Vedovo / a
- [4] Separato / a
- [5] Divorziato / a

N. TOTALE DEI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE E / O DI CONVIVENZA :

Anni 0-19 n.: _____ Anni 20-64 n.: _____ Anni 65 e oltre n.: _____

SCOLARITA' : anni di studio n. : _____

TITOLO DI STUDIO:

- [1] senza titolo di studio
- [2] licenza elementare
- [3] licenza scuola media inferiore
- [4] licenza scuola media superiore
- [5] diploma universitario
- [6] laurea
- [9] sconosciuto

PROFESSIONE ESERCITATA IN ETA' LAVORATIVA :

Ramo di attivita':

- [1] agricoltura
- [2] industria
- [3] commercio, alberghi, pubblici esercizi
- [4] pubblica amministrazione, servizi(pubblici e privati)

POSIZIONE NELLA PROFESSIONE:

- [1] imprenditore o libero professionista
- [2] lavoratore in proprio
- [3] dirigente o impiegato
- [4] lavoratore dipendente

- Condizione non professionale : [1] casalinga [2] invalido [3] altro.....

PERCEPISCE PENSIONE :

- [1] Sociale
- [2] Vecchiaia
- [3] Invalidità
- [4] Reversibilità.
- [6] Assicurazione
- [7] Vitalizio
- [8] Assegno accompagnamento
- [9] Altro
- [10] Nessuna

CONDIZIONE di DISAGIO SOCIALE:

(da compilarsi a cura dell'Assistente Sociale)

- [1] Solitudine
- [2] Rapporti familiari difficili
- [3] Carichi familiari onerosi
- [4] Alloggio non idoneo
- [5] Difficoltà economiche
- [6] Assenza Risorse Sociali e/o Familiari
- [7] Incontinenza sfinteriale
- [8] Altro

B.I.N.A.H.**Patologia Sanitaria Prevalente :** (indicarne solo una; da compilarsi a cura del medico di base)

- | | |
|--|-----------------------------|
| [1] Neoplasie | [2] Ictus |
| [3] Demenza | [4] Traumi e Fratture |
| [5] Malattie cardiovascolari | [6] Incontinenza Sfinterica |
| [7] Condizioni Invalidanti Apparato Respiratorio | [8] Cecita' |
| [9] Condizioni Invalidanti Apparato Genito-urinario | [10] Sordita' |
| [11] Altre Condizioni Invalidanti Apparato Neurologico | [12] Cecita' e Sordita' |
| [13] Altre Condizioni Invalidanti Apparato locomotore | [14] Sindromi Psichiatriche |
| [15] Grande Senilita' | [16] Altro |

SCALA DI VALUTAZIONE

(da compilarsi a cura della Commissione U.S.L.)

1) MEDICAZIONI

| | |
|---|-----|
| 1.1 non necessarie | 10 |
| 1.2 per ulcerazioni e distrofie cutanee | 30 |
| 1.3 per catetere a permanenza o stomia | 60 |
| 1.4 per ulcere da decubito | 100 |

2) NECESSITA' DI PRESTAZIONI SANITARIE

| | |
|---|-----|
| 2.1 buona salute | 10 |
| 2.2 necessita' di prestazioni sanitarie (non continuative) | 30 |
| 2.3 necessita' di prestazioni sanitarie (terapia radiante ,consulenza specialistica) | 70 |
| 2.4 necessita' di prestazioni sanitarie continuative integrate: 2.4.1 [] A) anziani con patologie croniche in labile compenso con elevata necessità di tutela sanitaria (come ad esempio : cure mediche e/o infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione terapie e.v. etc.) 2.4.2 [] B) trattamenti specialistici : [1] SNG/PEG ; [2] tracheotomia ; [3] respiratore /ventilazione assistita; [4] ossigenoterapia ad intervalli definiti o continuativi,non in acuzie; [5] dialisi; [6] trasfusioni eseguite in struttura ; [7] controllo dolore per via parenterale o sottocutanea tramite infusori elastomerici o pompe; [8] alimentazione parenterale o idratazione mediante catetere venoso centrale (CVC); [9] alimentaz ione parenterale o idratazione per periodi superiori a 15 giorni mediante catetere venoso periferico (CVP) [10] altri trattamenti specialistici | 100 |

3) CONTROLLO SFINTERICO

| | |
|---|-----|
| 3.1 presente | 10 |
| 3.2 incontinenza urinaria o fecale episodica | 30 |
| 3.3 incontinenza urinaria o fecale permanente | 70 |
| 3.4 incontinenza totale (urinaria e fecale) | 100 |

4) DISTURBI COGNITIVI E/O COMPORTAMENTALI

| | |
|---|-----|
| 4.1 assenti | 10 |
| 4.2 disturbi dell'umore; disturbi cognitivi lievi (o comportamenti lievi) (aspetto triste, melanconico, ansioso chiede sempre nuovi farmaci) | 50 |
| 4.3 disturbi della cognitivita' (non riesce a gestire i propri compiti e le proprie necessità ma non presenta gravi e costanti BPSD disturbi comportamentali) | 80 |
| 4.4 frequente/costante comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo e/o violento (agitato, irrequieto, pericoloso per se e per gli altri) | 100 |

5) FUNZIONI DEL LINGUAGGIO

| | |
|--|-----|
| 5.1 comprende e si esprime normalmente (è in grado di usare il telefono) | 10 |
| 5.2 linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero (non è in grado di usare il telefono) | 40 |
| 5.3 comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere con coerenza il proprio pensiero | 70 |
| 5.4 non comprende, non si esprime | 100 |

6) DEFICIT SENSORIALI (udito e vista)

| | |
|--|-----|
| 6.1 normale | 10 |
| 6.2 deficit correggibile con l'aiuto di protesi e/o occhiali | 20 |
| 6.3 grave deficit non correggibile | 80 |
| 6.4 cecita' e/o sordita' completa | 100 |

7) MOBILITA' (libertà di movimento)

| | |
|---|-----|
| 7.1 cammina autonomamente senza aiuto | 10 |
| 7.2 cammina con ausili e con aiuto programmato (o saltuario) | 30 |
| 7.3 si sposta solo con l'aiuto di altre persone o con sedia a ruote | 80 |
| 7.4 totalmente dipendente per le alzate e la mobilizzazione | 100 |

8) ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA
(igiene personale, abbigliamento, alimentazione)

| | |
|---------------------------------------|-----|
| 8.1 totalmente indipendente | 10 |
| 8.2 aiuto programmato (o saltuario) | 20 |
| 8.3 aiuto necessario ma parziale | 70 |
| 8.4 totalmente dipendente | 100 |

9) FATTORI ABITATIVI E AMBIENTALI

| | |
|---|-----|
| 9.1 l'abitazione è idonea ed i servizi esterni sono fruibili (negozi, uffici) | 10 |
| 9.2 l'abitazione è idonea ma presenta barriere architettoniche e ambientali limitanti la fruibilità dei servizi esterni | 20 |
| 9.3 è impedita la fruibilità completa dei servizi indispensabili (cucina e bagno) | 70 |
| 9.4 totale inadeguatezza dell'abitazione: assenza dei servizi fondamentali | 100 |

10) STATO DELLA RETE FAMILIARE E SOCIALE
(valutazione della disponibilità relazionale, affettiva ed assistenziale della rete familiare e sociale)

| | |
|--|-----|
| 10.1 può contare sulla famiglia | 10 |
| 10.2 può contare parzialmente sulla disponibilità della famiglia ovvero dispone della rete informale | 30 |
| 10.3 famiglia e rete informale sono disponibili se interpellati dai servizi | 60 |
| 10.4 l'anziano non può contare su nessuno. | 100 |

PUNTEGGIO TOTALE RIPORTATO NELLA VALUTAZIONE : _____

Nota Bene : B.I.N.A.H. e' stata tarata per un cut-off corrispondente a 230; pertanto propone come autosufficiente i soggetti con punteggio inferiore o uguale a 230 e come non autosufficienti i soggetti con punteggio superiore a 230.

Eventuali osservazioni integrative: _____

CERTIFICAZIONE

In data ____/____/____ la Commissione certifica che

il Sig.: _____

e' : [1] autosufficiente [2] non autosufficiente

Specificare se trattasi di : 1) Prima certificazione 2) Ulteriore certificazione II), III), IV), V), VI), etc.

I Componenti della Commissione :

(Medico)

(Infermiere)

(Ass.Sociale)