

ALLEGATO 3

B.I.N.A Home

(Breve Indice di Non Autosufficienza)

Valutazione della autosufficienza per anziani non istituzionalizzati

SCHEMA SOCIO-ANAGRAFICA

Cognome: _____ Nome: _____

Sesso: [1] Maschio [2] Femmina

Comune di nascita: _____ Provincia: _____

Data di nascita: _____ Tessera sanitaria _____

Comune di residenza: _____ Codice Comune: _____

DOMICILIO ABITUALE: Comune di _____ Codice comune: _____

[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 FAMIGLIARE 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

[7] sconosciuto

PROFESSIONE ESERCITATA IN ETA' LAVORATIVA:

Ramo di attività:

- [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

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
- [6] Malattie cardiovascolari
- [7] Incontinenza Sfinterica
- [8] Cecità
- [9] Sordità
- [10] Cecità e Sordità
- [11] Altre Condizioni Invalidanti Apparato Locomotore
- [12] Condizioni Invalidanti Apparato Respiratorio
- [13] Condizioni Invalidanti Apparato Genito-urinario
- [14] Altre Condizioni Invalidanti Apparato Neurologico
- [15] Sindromi Psichiatriche
- [16] Grande Senilità
- [17] Altro

Condizioni di Disagio Sociale: (da compilarsi a cura dell'Assistente Sociale)

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

Nome e Cognome : _____ Data : _____

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 necessità di prestazioni sanitarie (non continuative)	30
2.3 necessità di prestazioni sanitarie esterne (terapia radiante, consulenza specialistica)	70
2.4 - necessità di prestazioni sanitarie continuative :	
2.4.1 [] A) anziani con patologie croniche in labile compenso con elevata necessità di tutela sanitaria (come ad es.: cure mediche e/o infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione terapie ev., etc.)	100
2.4.2 [] B) Trattamenti specialistici: [1]: alimentazione o idratazione parenterale mediante catetere venoso centrale (CVC);alimentazione parenterale e/o idratazione per periodi superiori a 15 giorni mediante catetere venoso periferico (CVP) [2] SNG/PEG; [3]tracheostomia;[4] respiratore/ventilazione assistita; [5] ossigenoterapia ad intervalli definiti o continuativi, non in acuzie; [6] dialisi; [7] trasfusioni eseguite in struttura; [8] controllo dolore per via parenterale o sottocutanea tramite infusori elastomerici o pompe ; [9] Altri trattamenti specialistici. Nel caso di trattamenti specialistici multipli indicarne fino ad un massimo di 5	
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 comportamentali lievi);	50
4.3 disturbi cognitivi (non gestisce i propri compiti e necessità ma NON presenta gravi e costanti BPSD)	80
4.4.4 frequente/costante comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo e/o violento (agitato, irrequieto, pericoloso per sé e altri)	100
5) FUNZIONI DEL LINGUAGGIO E DELLA COMUNICAZIONE	
5.1 comprende e si esprime normalmente	10
5.2 linguaggio menomato ma esprime comunque il suo pensiero	40
5.3 comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere con coerenza il suo pensiero	70
5.4 non comprende, non si esprime	100
6) DEFICIT SENSORIALI (si consideri prevalentemente udito e vista)	
6.1 normale	10
6.2 deficit correggibile solo con l'aiuto di protesi e/o occhiali	20
6.3 grave deficit non correggibile	80
6.4 cecità e/o sordità 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 e con sedia a ruote	80
7.4 totalmente dipendente dagli operatori per le alzate e le mobilizzazioni	100
8) ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA (igiene personale, abbigliamento, alimentazione)	
8.1 totalmente indipendente	10
8.2 aiuto programmato (o saltuario)	20
8.3 aiuto quotidiano 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 (bagno, cucina) all'interno dell'abitazione	70
9.4 totale inadeguatezza dell'abitazione: assenza dei servizi fondamentali	100
10) STATO DELLA RETE FAMIGLIARE E SOCIALE	
10.1 può contare sulla famiglia	10
10.2 può contare parzialmente sulla disponibilità della famiglia ovvero dispone di rete informale	30
10.3 famiglia e rete informale sono disponibili solo se interpellati dai servizi	60
10.4 non può contare su nessuno	100

PUNTEGGIO TOTALE RIPORTATO NELLA VALUTAZIONE:-_____

NB: la B.I.N.A.H è 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/la sig./sig.ra _____ è :

AUTOSUFFICIENTE NON AUTOSUFFICIENTE

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

I) Componente la Commissione: _____

II) Componente la Commissione: _____

III) Componente la Commissione: _____

Nome e Cognome : _____ Data : _____