

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 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
- [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: (indicare 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 Familiari
- [9] Altro

Nome e Cognome : _____ Data : _____

B.I.N.A Home (Breve Indice di Non Autosufficienza)

Nome 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 :		100
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.)		
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
7.1.2cammina 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 : _____