

DIREZIONE GENERALE SANITÀ E POLITICHE SOCIALI

SCHEDA N. ____ /
AUSL n. ____ Distretto ____**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 : 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
- [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

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] Cecita'
- [9] Sordita'
- [10] Cecita' e Sordita'
- [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 Senilita'
- [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

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] alimentazione parenterale o idratazione mediante catetere venoso centrale (CVC); alimentazione parenterale o idratazione per periodi superiori a 15 giorni mediante catetere venoso periferico (CVP); [2] SNG/PEG; [3] tracheotomia ; [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	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 (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 mobilitazione	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) all'interno dell'abitazione	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 solo se interpellate dai servizi	60
10.4	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 uguale o 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) Componente la Commissione : _____

II) Componente la Commissione : _____

III) Componente la Commissione : _____