

## 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)