

**SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE  
B.I.N.A.**

A CURA DEL MEDICO CURANTE

**SCHEDA ANAGRAFICA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ E mail \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

**PATOLOGIA/DISABILITÀ/CONDIZIONE DI DISAGIO PREVALENTE**

- |                         |                               |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. NEOPLASIE            | 8. M. APP. GENITOURIN.        |
| 2. ICTUS                | 9. DISTURBIPSICHICI           |
| 3. DEMENZA              | 10. GRANDESENILITÀ            |
| 4. TRAUMIE FRATTURE     | 11. ASS. RIS. SOC. e/o FAMIL. |
| 5. CECITÀ e/o SORDITÀ   | 12. DIABETE                   |
| 6. M. APP. LOCOMOTORIO  | 13. M. APP. CARDIOVASCOLARE   |
| 7. M. APP. RESPIRATORIO | 14. ALTRO (specific.) _____   |

OSSERVAZIONI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>1</b>	<b>MEDICAZIONI</b>	
1.1	Non necessarie	10
1.2	Per ulcerazioni e distrofie cutanee	30
1.3	Per catetere a permanenza	60
1.4	Per piaghe da de cubito	100
<b>2</b>	<b>NECESSITÀ PRESTAZIONI MEDICHE</b>	
2.1	Buone condizioni di salute	10
2.2	Necessità di controlli periodici (es. Pressione, glicemia, ecc...)	30
2.3	Necessità di controlli del Medico specialista di un certo impegno	70
2.4	Prestazioni mediche continuative	100
<b>3</b>	<b>CONTROLLO SFINTERICO</b>	
3.1	Presente	10
3.2	Incontinenza urinaria o fecale episodica	30
3.3	Incontinenza urinaria o fecale permanente	70
3.4	Incontinenza totale	100
<b>4</b>	<b>DISTURBI COGNITIVI E/O COMPORTAMENTALI</b>	
4.1	Assenti	10
4.2	Disturbi dell'umore	50
4.3	Disturbi cognitivi	80
4.4	Disturbi della cognitività con comportamento disturbato	100
<b>5</b>	<b>FUNZIONI DEL LINGUAGGIO E COMUNICAZIONE</b>	
5.1	Comprende e si esprime normalmente	10
5.2	Linguaggio menomato esprime comunque il suo pensiero	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
<b>6</b>	<b>DEFICIT SENSORIALI (udito e vista)</b>	
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	Cecità e/o sordità completa	100

Data \_\_\_\_\_

Il Medico Curante \_\_\_\_\_

## SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE B.I.N.A.

### A CURA DELL'ASSISTENTE SOCIALE

**a. Stato Civile:**

- 1) Celibe/nubile;    2) Coniugato/a;    3) Vedovo/a;    4) Separato/a;    5) Divorziato/a.

**b. 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.

**c. Professione esercitata in età lavorativa:**

**-Posizione nella professione**

- 1) Libero professionista;    2) Impiegato;    3) Condizione non professionale.

**-Ramo di attività:**

- 1) Agricoltura;    2) Industria;    3) Commercio;    4) Pubblica amministrazione.

**d. Tipologia di pensione:**

- 1) Sociale;    2) Vecchiaia;    3) Invalidità;    4) Reversibilità;    5) Assicurazione;  
6) Vitalizio;    7) Assegno accompagnamento;    8) Altro;    9) Nessuna.

**e. Dislocazione dell'abitazione nel territorio:**

- 1) Servita;    2) Poco servita;    3) Isolata.

**g. Numero componenti del nucleo familiare e/o di convivenza:**

- 1) Anni 0-19 \_\_\_\_\_;    2) Anni 20-64 \_\_\_\_\_;    3) Anni 65 e oltre \_\_\_\_\_

**h. Valore ISEE Nucleo familiare** \_\_\_\_\_

<b>7</b>	<b>MOBILITÀ</b>	
<b>7.1</b>	Cammina autonomamente senza aiuto	10
<b>7.2</b>	Cammina con ausili e con aiuto programmato (o saltuario)	30
<b>7.3</b>	Si sposta con l'aiuto di altre persone o con carrozzina	80
<b>7.4</b>	Totalmente dipendente dagli operatori per le alzate e le mobilizzazioni	100
<b>8</b>	<b>ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA</b>	
<b>8.1</b>	Totalmente indipendente	10
<b>8.2</b>	Aiuto programmato	20
<b>8.3</b>	Aiuto quotidiano necessario ma parziale	70
<b>8.4</b>	Totalmente dipendente	100
<b>9</b>	<b>FATTORI ABITATIVI E AMBIENTALI</b>	
<b>9.1</b>	l'abitazione è idonea ed i servizi esterni sono fruibili (negozi uffici)	10
<b>9.2</b>	l'abitazione è idonea ma presenta barriere architettoniche e ambientali limitanti la fruibilità dei servizi esterni	20
<b>9.3</b>	è impedita la fruibilità completa dei servizi indispensabili (cucina e bagno) all'interno dell'abitazione	70
<b>9.4</b>	Totale inadeguatezza dell'abitazione: assenza dei servizi fondamentali	100
<b>10</b>	<b>STATO DELLA RETE FAMILIARE</b>	
<b>10.1</b>	Può contare sulla famiglia	10
<b>10.2</b>	Può contare parzialmente sulla volontà della famiglia, ovvero dispone di rete informale	30
<b>10.3</b>	Famiglia e rete informale sono disponibili solo se interpellati dai servizi	60
<b>10.4</b>	Non può contare su nessuno	100

DATA \_\_\_\_\_

L'Assistente Sociale dell'ATS \_\_\_\_\_

**SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE  
B.I.N.A.**

A CURA DELLA COMMISSIONE

**PUNTEGGIO**

<b>Item</b>	<b>Punteggio</b>
Sanitari (1,2,3,4,5,6)	
Assistenziali (7,8,9,10)	
<b>TOTALE</b>	

**PUNTEGGIO SITUAZIONE ECONOMICA**

<b>Valore ISEE</b>	<b>Punteggio</b>

<b>PUNTEGGIO TOTALE</b>	
-------------------------	--

**Componenti della Commissione:**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_