

Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

REGOLAMENTO DISTRETTUALE

(Ambito Territoriale del Destra Secchia) PER L'ACCESSO ALLE RISORSE RELATIVE AL FONDO NON AUTOSUFFICIENZE

PREMESSA

Tra i “titoli sociali”, quali strumenti individuati dalla Legge n. 328/2000 e s.m.i. per favorire lo sviluppo dell’assistenza al proprio domicilio, in risposta ai bisogni dei soggetti a carico, totalmente o parzialmente, della famiglia o della rete informale, è prevista l’erogazione di buoni sociali. Esso si traduce in una provvidenza economica mirata a sostenere la famiglia o la rete informale, nei compiti di cura e di assistenza.

Le misure attivabili e qui regolamentate sono:

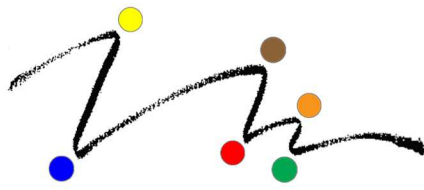
- BUONO SOCIALE MENSILE per CARE-GIVER FAMILIARE;
- BUONO SOCIALE MENSILE per ASSISTENTE FAMILIARE (BADANTE).

Sono richiamati i seguenti dispositivi normativi:

- la Legge n. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali” con la quale sono individuate le responsabilità e il livello di coinvolgimento sia dei soggetti pubblici che privati;
- l’articolo 1 della L. 296/2006 e in particolare il comma 1264 che istituisce un fondo denominato Fondo per le Non Autosufficienze;
- la Legge Regionale n. 3/2008 che definisce la rete dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario;
- la Circolare Regionale n. 1 del 15.01.2014,
- la d.G.R. n. 2883 del 12.12.2014,
- la d.G.R. n. 2942 del 19.12.2014.

FINALITA' DELLE MISURE

- Favorire la permanenza in famiglia di persone disabili gravi o non autosufficienti in alternativa al ricovero in strutture residenziali socio-sanitarie o socio - assistenziali.
- Riconoscere il valore dell’intervento di cura prestato direttamente dai familiari.
- Concorrere alle spese sostenute dalle famiglie per interventi di assistenza finalizzati alla cura di soggetti conviventi non autosufficienti, anche mediante assistenti familiari, la frequenza presso strutture semi residenziali e SAD, interventi educativi rivolti a minori.



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

DESCRIZIONE DELLE MISURE

BUONO SOCIALE MENSILE PER CARE-GIVER FAMILIARE BUONO SOCIALE PER ASSISTENTE FAMILIARE (BADANTE)

Il buono è finalizzato a riconoscere il valore dell'intervento di cura prestato direttamente dai familiari a favore di soggetti con grave e gravissima disabilità o in condizioni di non autosufficienza e a sostenere le spese della famiglia per gli stessi interventi svolti però da un assistente familiare esterno (badante).

DESTINATARI E REQUISITI

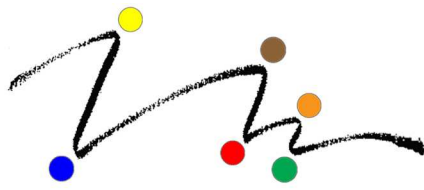
Possono conseguire il beneficio del Buono Sociale le persone che siano in possesso dei seguenti requisiti:

- **essere residente** in uno dei Comuni del Distretto Sociale di cui Ostiglia è capo-fila;
- per cittadini comunitari, possedere regolare **iscrizione anagrafica**; per cittadini extracomunitari, possedere il **permesso di soggiorno CE** per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno - ai sensi del decreto legislativo n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità;
- **essere in possesso dell'invalidità civile certificata del 100 %**;
- **possedere** una situazione reddituale del nucleo familiare, calcolata in base alla normativa vigente:

	Buono care-giver familiare	Buono Assistenti familiari
ISEE NON superiore a:	€ 15.000,00	€ 20.000,00

(ISEE dell'anno in cui viene presentata la domanda di buono)

- **nel caso** di assistenza prestata da persone diverse dai *care-giver familiari*, avere un contratto di lavoro con il personale addetto all'assistenza;
- **non essere** inserito presso strutture residenziali a tempo indeterminato;
- **a seguito** del riscontro dei requisiti di cui sopra, il richiedente il beneficio economico dovrà comunque ed imprescindibilmente ottenere un punteggio pari o superiore a **cinque** in seguito all'applicazione della scala TRIAGE e un punteggio pari o inferiore a **quarantanove** in seguito all'applicazione della scala BARTHEL.



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda d'accesso al Buono Sociale dovrà essere presentata al Comune di residenza utilizzando apposito modulo in distribuzione presso l'Ufficio Servizi Sociali di ciascun Comune dell'Ambito distrettuale. Saranno accoglibili, purché in possesso dei prescritti requisiti, domande di contributo fino ad esaurimento delle risorse economiche.

I documenti da presentare sono i seguenti:

- ➔ **domanda** di assegnazione del Buono Sociale secondo modello fac-simile allegato, debitamente compilato, sottoscritta dal richiedente ovvero da un familiare di riferimento;
- ➔ copia del **verbale di classificazione dello status di invalido**;
- ➔ **attestazione ISEE** in corso di validità;
- ➔ copia del **permesso di soggiorno** (per i cittadini extracomunitari);
- ➔ copia del **documento d'identità** in corso di validità del **richiedente e del beneficiario**;
- ➔ copia del verbale di invalidità del familiare convivente e non richiedente;
- ➔ dichiarazione dei servizi attinenti la presente materia, usufruiti in compartecipazione con l'Ente locale, controfirmata dal Responsabile di procedimento.

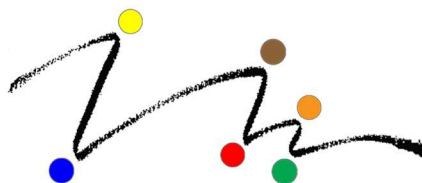
Ogni Comune sarà tenuto alla trasmissione / consegna all'Ufficio di Piano delle domande pervenute, **entro 10 giorni dalla data di ricevimento al protocollo comunale**, ai fini della eventuale assegnazione del beneficio economico.

ASSEGNAZIONE DEL PUNTEGGIO

Per ciascun richiedente verrà effettuata una valutazione della situazione personale, assistenziale, familiare ed economica del nucleo e verrà attribuito un punteggio.

L'assegnazione del punteggio sarà effettuata dall'Ufficio di Piano distrettuale che valuterà le singole domande secondo i seguenti criteri:

Indicatori	Criteri di attribuzione del punteggio	Punteggio
Età Beneficiario	Superiore 75 anni	5
	Dai 19 a 74 anni	2
	Inferiore anni 18	5
Patologie correlate ad età	Inferiore a 75 per: Alzheimer, Demenze in genere tetra paresi, malati oncologici	10
Grado di invalidità	Senza accompagnamento	5
Rete Familiare	Care-giver convivente	5
	Care-giver non convivente	3
	<i>Presenza di un altro familiare convivente affetto da disabilità con invalidità accertata tra il 67% e 99%</i>	5
	<i>Presenza di un secondo familiare convivente affetto da disabilità con invalidità accertata tra il 67% e 99%</i>	5



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

Attestazione ISEE	<i>Buono care-giver familiare</i>	<i>Buono assistenti familiari (badanti)</i>	
	<i>da € 0,00 ad € 7.500,00</i>	<i>Da € 0,00 a € 7.500,00</i>	8
	<i>da € 7.500,01 a € 10.000,00</i>	<i>Da € 7.500,01 a € 12.000,00</i>	5
	<i>da € 10.000,01 ad € 12.500,00</i>	<i>Da € 12.000,01 a € 15.000,00</i>	3
	<i>da € 12.500,01 ad € 15.000</i>	<i>Da € 15.000,01 a € 20.000,00</i>	2
Utilizzo Servizio domiciliare comunale	Accesso giornaliero per almeno 6 giorni la settimana		- 5
	Accesso almeno bisettimanale		- 3
	Accesso settimanale		- 1
Utilizzo di servizi diurni (CDD, CSE, SFA, CDI)	Frequenza del beneficiario di servizi diurni (CDD, CSE, CDI, SFA) con retta totalmente a carico dei Comuni.		- 3
Partecipazione alla spesa dei servizi di assistenza domiciliare pubblici	Compartecipazione al 100%		5
	Compartecipazione dal 50 al 99%		3
	Compartecipazione dal 20 al 49,9%		1
Prestazione di cure familiari dirette (senza utilizzo del Servizio di assistenza domiciliare e badanti)			5
Prestazioni di cura assicurate da assistenti familiari regolarmente assunti			4

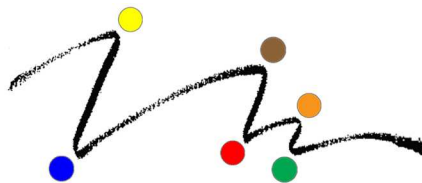
Entro 15 giorni dal ricevimento della domanda l'Ufficio di Piano comunicherà il punteggio assegnato al Comune di residenza del richiedente, il quale avrà a sua volta il compito di informare gli interessati sull'esito della domanda, compresi gli eventuali motivi di esclusione.

ENTITA' E DURATA DEL BUONO

L'importo del Buono Sociale viene definito in base al punteggio ottenuto da ciascun beneficiario, secondo la seguente tabella:

BUONO CARE-GIVER FAMILIARE

Punteggio	Entità del buono mensile	Entità massima del buono annuale
Fino a 17	€ 80,00	€ 800,00
da 18 a 23	€ 100,00	€ 1.000,00
≥ a 24	€ 150,00	€ 1.500,00



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

BUONO ASSISTENTE FAMILIARE (badante)

Punteggio	Entità del buono mensile	Entità massima del buono annuale
fino a 17	€ 120,00	€ 1.200,00
da 18 a 23	€ 150,00	€ 1.500,00
≥ a 24	€ 200,00	€ 2.000,00

Il buono verrà erogato semestralmente al beneficiario da parte del Comune di residenza (previo accredito da parte del Comune capo-fila) a far data dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è stata presentata la domanda (che sia stata accolta).

Il buono verrà sospeso dal mese successivo a quello in cui si verifica uno dei motivi di decadenza o sospensione come successivamente individuati (perdita dei requisiti, falsa dichiarazione, ricovero in struttura o decesso).

A titolo di esempio: domanda pervenuta nel mese di maggio 2015, punteggio assegnato 15 punti, valore buono mensile € 80,00, per un periodo di 7 mesi, cioè complessivi € 560,00; se la persona dovesse venire ricoverata in struttura di accoglienza nel mese di settembre, il buono complessivo su base annua, sarà di € 320,00.

MODALITA' DI ASSEGNAZIONE ED EROGAZIONE DEL BUONO

Per l'assegnazione del Buono Sociale si procede secondo l'ordine di arrivo delle domande.

Nel caso in cui i fondi non siano sufficienti a coprire tutte le richieste pervenute, verrà stilata una graduatoria a cui si accederà a seguito di decadenza o modifica o sospensione del buono a precedenti beneficiari. L'entità del buono sarà commisurata in base al punteggio attribuito alla domanda, come sopra definito.

Le misure non sono cumulabili, ma nel caso in cui vi sia una variazione nelle esigenze assistenziali, si procederà a modificare la misura attivabile (in relazione alle risorse finanziarie disponibili).

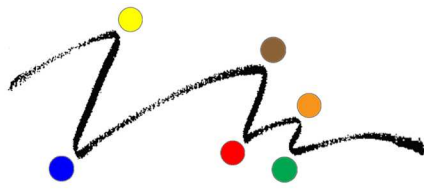
Il Comune di residenza sarà tenuto alla trasmissione tramite posta elettronica / consegna all'Ufficio di Piano, delle domande pervenute entro **10** giorni dalla loro ricezione .

L'Ufficio di Piano, entro 15 giorni dalla data di ricezione della domanda, attribuirà a ciascuna il punteggio calcolato in base ai criteri anzidetti. Sulla base al punteggio attribuito provvederà ad impegnare la somma complessiva per ciascun beneficiario e a liquidare al Comune di residenza la somma semestralmente spettante alle scadenze sopra riportate.

Il Comune di residenza provvederà direttamente alla liquidazione del buono al beneficiario.

La Commissione che valuterà le domande pervenute sarà costituita da:

- **Addetto al coordinamento dell'ufficio di Piano,**
- **Un istruttore dell'ufficio servizi sociali di un Comune del Distretto,**
- **Un assistente sociale che opera in uno dei Comuni del Distretto.**



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

DECADENZA O SOSPENSIONE DEL BUONO

Il diritto al Buono Sociale decade o è sospeso per le seguenti cause:

- perdita dei requisiti previsti, innanzi indicati;
- sottoscrizione di dichiarazioni false o inattendibili risultate dai controlli effettuati;
- ricovero di sollievo o definitivo in struttura (RSA, RSD, comunità alloggio);
- decesso.

Il richiedente (o altri che ne abbiano titolo) ha l'obbligo di comunicare ogni variazione che comporti il venir meno del diritto al Buono all'ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza, il quale dovrà trasmettere suddette informazioni al Comune capo – fila.

MONITORAGGIO E CONTROLLI

Ai sensi dell'art. 4 comma 7 del D. Lgs. 31/03/98 N. 109, come modificato dal D. Lgs. 03.05.2000 n. 130, l'ufficio competente potrà richiedere idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati, anche al fine della correzione di errori materiali.

Qualora dai controlli emergano abusi o false dichiarazioni, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, l'Ufficio di Piano adotta ogni misura utile a sospendere e/o revocare e recuperare i benefici concessi.

Il Comune di residenza del beneficiario si riserva la possibilità di effettuare controlli al fine di verificare la veridicità delle dichiarazioni e / o il permanere della situazione da cui è derivato il beneficio.

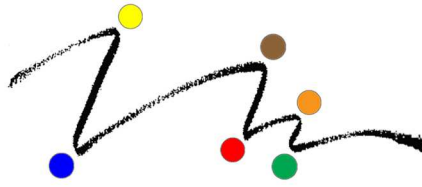
Il Comune di residenza effettua, tramite il servizio sociale, la verifica della conformità dell'utilizzo del Buono Sociale rispetto al progetto concordato (patto assistenziale con la famiglia).

TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati personali raccolti avviene in applicazione dell'art. 18 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Informativa e consenso al trattamento dei dati:

- in base a quanto disposto dall'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 si informa circa il trattamento dei dati personali ed in particolare che:
 - la finalità del trattamento è la valutazione per l'erogazione di "titoli sociali (buoni, voucher e contributi) ai sensi della DGR n. 2883 del 2014" e per le procedure amministrative inerenti l'espletamento della pratica;
 - i dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici;
 - il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra;
 - potranno essere esercitati i diritti di accesso ai dati di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003;
 - il titolare del trattamento è il Comune di residenza del richiedente il beneficio.



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI MENSILI PER CARE-GIVER FAMILIARE E PER ASSISTENTE FAMILIARE (BADANTE).

Il richiedente:

Cognome: _____ Nome: _____

Luogo _____ e data di nascita _____

Codice fiscale:

Residenza: Via _____ Comune _____

Tel. _____ Cell: _____

C H I E D E L'ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DI

(compilare solo nel caso in cui il richiedente è diverso dal beneficiario)

Cognome: _____ Sesso maschio femmina

Nome: _____

Luogo e data di nascita _____ ETA' _____

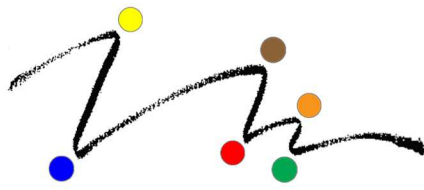
Codice fiscale:

Residenza: Via _____ Comune _____

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

***DICHIARA
quanto segue***

o il beneficiario è residente nel Comune di _____;

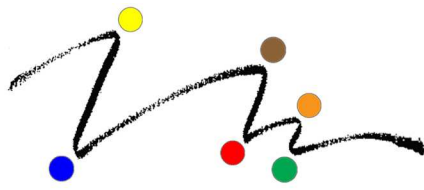


Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

- per i cittadini extracomunitari, il beneficiario possiede permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno – ai sensi del DLgs n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità (COPIA ALLEGATA);
- il beneficiario è in possesso di **invalidità civile certificata all'100%** (COPIA ALLEGATA) con indennità di accompagnamento si no ;
- che la situazione economica del nucleo familiare del beneficiario è espressa da una **attestazione ISEE (allegata)**
 - NON superiore a € 15.000**(per buono care-giver)
 - NON superiore a € 20.000**(per buono assistenti familiari)
- il beneficiario è assistito nella cura da:
 - care-giver familiare
 - assistente familiare regolarmente assunto con contratto di lavoro (vedi allegato);
- il beneficiario non è inserito presso strutture residenziali a tempo indeterminato;
- il beneficiario, rispetto ai seguenti servizi territoriali,

(barrare la casella interessata)	SI	NO
frequenta un servizio Diurno (CDD, CSE, SFA, CDI) specificare_____		
usufruisce di prestazioni socio-sanitarie (ADI)		
usufruisce del Servizio di Assistenza domiciliare Comunale, con le seguente formula:		
Accesso giornaliero per almeno 6 giorni la settimana		
Accesso almeno bisettimanale		
Accesso settimanale		

- di compartecipare alla spesa per tali servizi nella misura (barrare la casella interessata):
 - del 100%
 - dal 50% al 99%
 - dal 20% al 49,90%
 - inferiore al 20%
- di trovarsi, come beneficiario, nella seguente condizione riferita alla rete familiare:



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

RETE FAMILIARE (barrare la casella interessata)	SI	NO
Care-giver convivente		
Care-giver non convivente		
<i>Presenza di un altro familiare convivente affetto da disabilità con invalidità accertata tra il 67% e 99% (ALLEGA COPIA)</i>		
<i>Presenza di un secondo familiare convivente affetto da disabilità con invalidità accertata tra il 67% e 99% (ALLEGA COPIA)</i>		

DICHIARA altresì di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 3, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;

CHIEDE che il buono venga versato con accredito su c/c Bancario (o Postale) - (NB il c/c deve essere intestato o cointestato al beneficiario)

Conto corrente intestato a _____

Banca _____ Filiale di _____

Codice IBAN:

PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO

Luogo e data _____

Il dichiarante _____

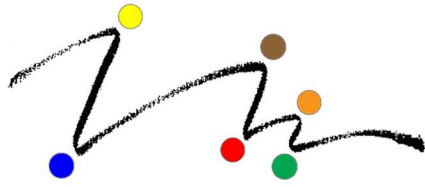
In applicazione all'art. 18 del Decreto Legislativo 196 del 30.06.2003 si comunica che:

- I dati richiesti sono necessari a determinare il diritto alla corresponsione del "buono per care-giver familiare e per assistente familiare (badante)";
- Il rifiuto a fornire i dati richiesti ha come conseguenza l'impossibilità ad accedere alla determinazione del buono;
- Titolare del trattamento dei dati è il Comune di _____ via /piazza _____, nella persona del _____

Il sottoscritto, in relazione a quanto previsto dalla legge del 30 Giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", esprime il proprio consenso alla raccolta e al trattamento dei dati nella presente dichiarazione riportati, entro i limiti e secondo le finalità previste dalla stessa legge.

Luogo e data _____

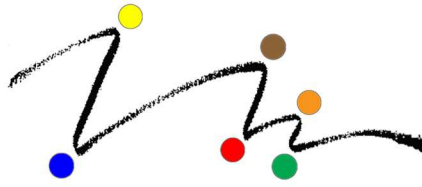
Firma dichiarante



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

Allegati:

- Verbale invalidità civile, beneficiario ed eventuali altri conviventi;
- Dichiarazione ISEE del nucleo di appartenenza del soggetto richiedente;
- Carta d'identità del richiedente e del beneficiario;
- Permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno – ai sensi del D. Lgs. n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità;
- dichiarazione dei servizi attinenti la presente materia, usufruiti in compartecipazione con l'Ente locale, controfirmata dal Responsabile di procedimento;
- scheda Triage e Barthel
- patto assistenziale con la famiglia



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO
PATTO ASSISTENZIALE CON LA FAMIGLIA

In attuazione della legge n. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali” con la quale sono individuate le responsabilità e il livello di coinvolgimento sia dei soggetti pubblici che privati; l’articolo 1 della L. 296/2006 e in particolare il comma 1264 che istituisce un fondo denominato Fondo per le Non Autosufficienze; la Legge Regionale n. 3/2008 che definisce la rete dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario; la Circolare Regionale n. 1 del 15.01.2014, la d.G.R. n. 283 del 12.11.2014, la d.G.R. n. 2942 del 19.12.2014.

L’erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione e al rispetto del presente patto tra il/la sig./sig.ra _____ richiedente il buono e l’Assistente Sociale _____ del Comune di _____ nel quale si concorda quanto segue:

MISURA RICHIESTA:

- Buono sociale mensile per care-giver familiare
- Buono sociale mensile per assistente familiare (badante)

MODALITA’ DI UTILIZZO DEL BUONO SOCIALE PER CARE-GIVER FAMILIARE:

- Attivazione e/o potenziamento di interventi educativi rivolti a minori
- Spese di trasporto verso strutture ospedaliere, CDI, CSE, CDD.
- Spese mediche e/o farmaceutiche
- Retta per inserimento presso CDI
- Spese sostenute per SAD e pasti a domicilio
- Altro _____

MODALITA’ DI UTILIZZO DEL BUONO SOCIALE PER ASSISTENTE FAMILIARE (BADANTE):

- Copia ricevute versamenti per contributi e/o stipendio mensile
- Altro _____

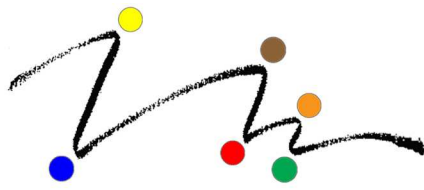
N.B.: le spese sostenute devono essere relative al periodo di vigenza del bando.

Il richiedente ha l’obbligo di comunicare all’Assistente Sociale ogni eventuale variazione che comporti la decadenza, la sospensione o la modifica dell’erogazione del buono.

Il richiedente

L’Assistente Sociale

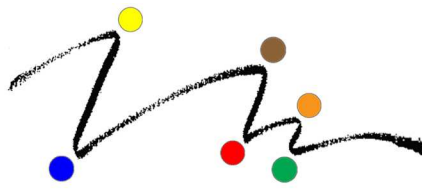
Data _____



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

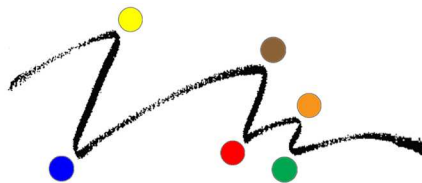
Barthel Index Modificato (BIM)

Alimentazione BIM	
Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività : tagliare, spalmare, ecc.)	10
Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona	8
Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc	5
Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es. cucchiaio).	2
Totalmente dipendente, deve essere imboccato.	0
Igiene Personale BIM	
Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni, e con tutti i tipi di rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.	5
In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni.	4
Necessita di aiuto per una o più operazioni.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.	0
Farsi il bagno o la doccia BIM	
Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatura completa, completamente autonomo.	5
Necessita di supervisione per sicurezza (es. Trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.).	4
Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Totalmente dipendente nel lavarsi.	0
Abbigliamento BIM	
Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corsetto o una protesi	10
Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe ecc.).	8
Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.	5
Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività.	2
Totalmente dipendente, non collabora alle attività.	0
Trasferimenti carrozzina/letto BIM	



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
U F F I C I O D I P I A N O

Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi	15
Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza.	12
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	8
Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento.	3
Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un solleva malati.	0
Uso del W.C. BIM	
Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarci i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. Può usare la comoda o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento e la pulizia).	10
Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc.	8
Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.	5
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	2
Totalmente dipendente.	0
Continenza urinaria BIM	
Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni (condom, ecc.)	10
Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari	8
Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari.	5
Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.	2
Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora.	0
Continenza intestinale BIM	
Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri.	10
Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.	8
Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone	5
Necessita di aiuto in tutte le fasi.	2
Totalmente incontinente.	0
BIM Deambulazione	
Capace di gestire una protesi se necessaria, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 mt. Senza aiuto o supervisore.	15
Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio	8



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.	5
Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.	2
Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.	0
Uso della carrozzina (nel BIM non c'è questa area, inserire 5 nell'area. Deambulazione se il paziente è autonomo in carrozzina) BIM	
Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc ecc.). L'autonomia deve essere di almeno 50 mt.	5
Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette.	4
E' necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc.	3
Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre.	1
Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	0
Scale BIM	
E' in grado di salire e scendere una rampa di scala in sicurezza senza aiuto né supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.	10
Generalmente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea ecc.	8
Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.	5
Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.	2
Incapace di salire e scendere le scale.	0

TOTALE			
Categorie Livello di dipendenza			
1	0-24	Totale	27.0
2	25-49	Severa	23.5
3	50-74	Moderata	20.0
4	75-90	Lieve	13.0
5	91-99	Minima	<10