

Sub Allegato A.1 “Scheda caregiver familiare” del presente documento:

| |
|--|
| <p>Il/la Sottoscritto/a Nome e Cognome nato a.....il residente in</p> <p>Codice fiscale</p> <p>consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000</p> <p style="text-align: center;">DICHIARA</p> <p>di essere “CAREGIVER FAMILIARE” di(nome e cognome dell’assistito) nato a il residente in domiciliato in (se diverso dalla residenza) Codice fiscale</p> <p style="text-align: center;">DICHIARA</p> <p>inoltre, di essere: o genitore o coniuge o convivente di fatto o familiare entro il secondo grado (specificare ad es. Genitori nonno/nipote o fratello /sorella) o affine (specificare parenti dell’altro coniuge entro il secondo grado, es. cognati o nonno dell’altro coniuge) o familiare entro il terzo grado (specificare ad es. bisnonno o zio o nipote di zio) nelle ipotesi previste all’ art. 33, comma 3 Legge 104/1992) e nel caso in cui l’assistito sia riconosciuto invalido ai sensi dell’art. 3 , comma 3 ella Legge 104/1992 o titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 1. o altro</p> <p>di essere caregiver da: (indicazione durata)</p> <p>di essere impegnato nell’attività di caregiving per circa h/giorni: (dichiarazione dell’intensità dell’impegno di cura)</p> <p>Luogo e data: Firma:</p> <p>Si allega informativa privacy e consenso al trattamento dei dati.</p> |
| <p>Il/la Sottoscritto/a Nome e Cognome nato a.....il residente in</p> <p>Codice fiscale</p> <p>Oppure</p> <p>Il/la Sottoscritto/a Nome e Cognome nominato con provvedimento del Giudice tutelare nato a.....il residente in</p> <p>Codice fiscale</p> <p>consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000</p> <p style="text-align: center;">DICHIARA</p> <p>che il Sig./Sig.ra è il proprio caregiver familiare.</p> <p>Luogo e data: Firma:</p> |
| <p>Sezione a cura dei servizi Si conferma che il/la Sig./a è stato/a incluso/a nel PAI del/della proprio/a assistito/a, con disabilità o non autosufficienza in data</p> <p>Contatti minimi obbligatori annuali con il referente /Case manager</p> <p>Copia della scheda, in sede di sottoscrizione di PAI, verrà consegnata al caregiver familiare riconosciuto.</p> |

Sub Allegato A.2 “Sezione caregiver familiare” del presente documento:

La sezione contiene i dati anagrafici/identificativi, la componente valutativa dei bisogni propri del caregiver (valutazione dello stress, del carico psico-fisico, dell’impegno in termini di tempo, della eventuale condivisione del carico di cura con un assistente familiare privato) e l’individuazione di specifici obiettivi di sostegno con le relative attività/interventi da avviare.

1. Anagrafica Caregiver familiare

In questa parte saranno riportati i dati contenuti nella “scheda caregiver familiare” (compilata preliminarmente e già in possesso dei servizi territoriali o da compilare contestualmente in fase di integrazione/aggiornamento PAI) con le ulteriori specifiche legate alla persona:

nome e cognome

nato a..... il

residente in

domiciliato in (solo se diverso dalla
residenza)

codice fiscale

numero di telefono di

contatto e-mail

stato civile.....

titolo studio.....

condizione professionale.....

rapporto con l’assistito

impegno come caregiver:

Da quanto tempo si occupa della persona con disabilità o non autosufficiente.....

Attività assistenziali svolte.....

Per quante ore nell’arco della giornata

Per quanti giorni alla settimana.....

Quanto tempo trascorre da solo/a con la persona assistita.....

Si prende cura o aiuta altri componenti della famiglia.....

Note.....

2. Rete familiare e sociale (anche informale) del caregiver familiare

In questa parte occorrerà indicare se ci sono persone di aiuto al caregiver familiare (rete di risorse professionali, amicali e parentali con funzione di possibile sostegno).

3. Rilevazione dello stress del caregiver familiare

Questa parte è legata allo screening (prevenzione) e alla valutazione (a cura di operatori professionali) di condizioni generali di stress, disagio emozionale e relazionale utili a pianificare l’attivazione di interventi mirati a sostegno del caregiver familiare. La stessa valutazione può evidenziare la necessità di invio ad un secondo livello di approfondimento specialistico.

Sintesi degli esiti della rilevazione dello stress del caregiver. Risultato della valutazione

.....
.....

Aree di maggiore stress / burden per il caregiver

.....
.....

Necessità di attivare interventi specifici di sostegno

.....

.....

Necessità di invio a secondo livello di valutazione / consulenza specialistica.

.....

.....

4. Analisi dei bisogni del caregiver familiare e identificazione di obiettivi ed interventi

a. Bisogni Informativi e Formativi del caregiver

(descrizione)

Pianificazione risposte

- Attività di informazione base sulle procedure per l'accesso alle prestazioni assistenziali offerte dal sistema integrato ed orientamento alle diverse opportunità e misure di sostegno per il "caregiver familiare.
- Attività di informazione sulle associazioni rappresentative di promozione sociale e di volontariato attive sul territorio per la tutela del caregiver familiare.
- Educazione di base al ruolo e alla cura (educational care).
- Inserimento in iniziative di formazione e/o psico-educazione di gruppo.
- Supervisione operativa e addestramento nell'attività assistenziale per i bisogni della persona assistita dopo valutazione delle competenze da rafforzare.
- Addestramento all'utilizzo di semplici ausili.
- Riconoscimento delle competenze.

b. Bisogni di supporto pratico operativo del caregiver (descrizione)

Pianificazione risposte

Sostituzione programmata:

- Accoglienza temporanea dell'assistito in struttura residenziale o semi-residenziale.
- Sollievo a domicilio: iniziative che consentano al caregiver familiare dei momenti di pausa, anche rimanendo nel proprio domicilio.
- Sostituzione programmata (es 1 g. al mese) al domicilio per consentire al caregiver familiare il recupero di spazi propri nella comunità.
- Sostituzione domiciliari di sollievo in caso di assenza programmata del caregiver per motivi clinici o in altre situazioni di particolari necessità.

Sostituzione in emergenza:

- Sostituzione nelle situazioni impreviste di temporanea impossibilità ad assistere del caregiver familiare.

Ulteriori attività di supporto pratico:

- Favorire la ricerca di un assistente familiare in caso di richiesta e/o necessità sopravvenuta da parte del caregiver familiare.
- Favorire il raccordo e l'attivazione della rete di associazionismo e volontariato territoriale.
- Affiancamento a supporto dell'intervento

| | |
|---|--|
| | assistenziale anche con il ricorso a modalità a distanza in caso di richiesta da parte del caregiver familiare. |
| <i>c. Bisogni emotivi relazionali del caregiver familiare (descrizione)</i> | <p><i>Pianificazione risposte</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Proposta/attivazione di consulenze psicologiche (individuale o familiare). ○ Proposta di inserimento in percorsi di auto mutuo aiuto e sostegno. ○ Valutazione e rivalutazione dello stress del caregiver. ○ Proposta di inserimento in percorsi orientati alla gestione dello stress. ○ Proposta di partecipazione a gruppi finalizzati (es. attività ludiche/ricreative, attività sportive, gruppi di cammino, ecc). |

Sub Allegato A.3 “Scheda di monitoraggio distrettuale” del presente documento:

| Caregiver utenti in condizioni di disabilità gravissima | | | | |
|---|--|---|--------|------|
| Caregiver familiari riconosciuti | numero | Caregiver ai sensi art. 1, comma 255 L 205/2017 | numero | note |
| | | Caregiver ai sensi art.26, comma 8 l.r. 11/2016 | numero | |
| Informazione e formazione | | | | |
| Spesa complessiva | | | | |
| Percentuale spesa sulle risorse assegnate | | | | |
| Risposte di sostegno attivate (tipologia e numero) | a. Informazione base procedureed orientamento | (indicare numero) | | |
| | b. Formazione generale Formazione specifica | (indicare numero) | | |
| | c. Riconoscimento competenze | (indicare numero) | | |
| Numero interventi individuali o di gruppo | | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--------|------|
| Coinvolgimento soggetti pubblici e privati | | | | |
| Supporto pratico/operativo | | | | |
| Spesa complessiva | | | | |
| Percentuale spesa sulle risorse assegnate | | | | |
| Risposte di sostegno attivate (tipologia e numero) | d. Sollievo programmato | (indicare numero) | | |
| | e. Sollievo in emergenza | (indicare numero) | | |
| Coinvolgimento soggetti pubblici e privati | | | | |
| Supporto emotivo/relazionale | | | | |
| Spesa complessiva | | | | |
| Percentuale spesa sulle risorse assegnate | | | | |
| Risposte di sostegno attivate (tipologia e numero) | f. Ascolto e supporto psicologico e relazionale | (indicare numero) | | |
| | g. Sostegno di gruppo | (indicare numero) | | |
| Numero interventi individuali o di gruppo | | | | |
| Coinvolgimento soggetti pubblici e privati | | | | |
| Caregiver utenti in condizioni di non autosufficienza | | | | |
| Caregiver familiari riconosciuti | numero | Caregiver ai sensi art. 1, comma 255 L 205/2017 | numero | note |
| | | Caregiver ai sensi art. 26, comma 8 l.r. 11/2016 | numero | |

| Informazione e formazione | | |
|--|---|-------------------|
| Spesa complessiva | | |
| Percentuale spesa sulle risorse assegnate | | |
| Risposte di sostegno attivate (tipologia e numero) | a. Informazione base procedure ed orientamento | (indicare numero) |
| | b. Formazione generale Formazione specifica | (indicare numero) |
| | c. Riconoscimento competenze | (indicare numero) |
| Numero interventi individuali o di gruppo | | |
| Coinvolgimento soggetti pubblici e privati | | |
| Supporto pratico/operativo | | |
| Spesa complessiva | | |
| Percentuale spesa sulle risorse assegnate | | |
| Risposte di sostegno attivate (tipologia e numero) | d. Solievo programmato | (indicare numero) |
| | e. Solievo in emergenza | (indicare numero) |
| Coinvolgimento soggetti pubblici e privati | | |
| Supporto emotivo/relazionale | | |
| Spesa complessiva | | |
| Percentuale spesa sulle risorse assegnate | | |
| Risposte di sostegno attivate (tipologia e numero) | f. Ascolto e supporto psicologico e relazionale | (indicare numero) |
| | g. Sostegno di gruppo | (indicare numero) |

| | |
|--|--|
| Numero interventi individuali o di gruppo | |
| Coinvolgimento soggetti pubblici e privati | |