

A M B I T O T E R R I T O R I A L E V A L L E B R E M B A N A

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi (articolo 76, DPR n. 445/2000) in qualità di **care giver familiare DICHIARO** di prestare un **minimo di 5/h. die** di assistenza al beneficiario del buono/contributo e precisamente dalle ore _____ alle ore _____.

Luogo e data _____ Firma _____

I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. L'interessato potrà accedere ai dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco (informativa prevista dall'art. 13 Dlgs n. 196/2003).

Si allegano alla presente:

- Attestazione ISEE (in corso di validità);
- Schede di valutazione ADL+IADL+fragilità (all.A);
- Progetto Individualizzato (all.B);
- Certificazione di non autosufficienza;
- Privacy sottoscritta (all.C);
- Copia di documento d'identità (nel caso di dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto di notorietà del care giver)
- Giustificative che attestino le spese sostenute (copia contratto di assunzione dell'assistente familiare, cedolini versamenti contributi);
- Domanda di inserimento nel registro delle assistenti familiari ai sensi della L.R.15/2005.

VALUTAZIONE
(a cura dell'Assistente Sociale)

A.D.L. (Index of Independence in Activities of Daily Living)		
	punteggio	
(AD 1) Fare il bagno	1	<input type="checkbox"/> Non riceve alcuna assistenza (entra ed esce dalla vasca autonomamente, nel caso che la vasca sia il mezzo abituale per fare il bagno) <input type="checkbox"/> Riceve assistenza nel lavare solo una parte del corpo (es. la schiena od una gamba)
	0	<input type="checkbox"/> Riceve assistenza nel lavare più di una parte del corpo (o rimane non lavato)
(AD 2) Vestirsi	1	<input type="checkbox"/> Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza <input type="checkbox"/> Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza, tranne per allacciarsi le scarpe
	0	<input type="checkbox"/> Riceve assistenza nel prendere gli abiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito
(AD 3) Uso dei servizi	1	<input type="checkbox"/> Va ai servizi, si pulisce, si riveste senza assistenza (può usare supporti come il bastone o il deambulatore o la sedia a rotelle, è in grado di maneggiare la padella o la comoda svuotandola al mattino)
	0	<input type="checkbox"/> Riceve assistenza nell'andare ai servizi, nel pulirsi, nel vestirsi, nell'usare la padella o la comoda <input type="checkbox"/> Non va ai servizi per i bisogni corporali
(AD 4) Spostarsi	1	<input type="checkbox"/> Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia senza assistenza (può usare supporti come il bastone o il deambulatore)
	0	<input type="checkbox"/> Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia con assistenza <input type="checkbox"/> Non si alza dal letto
(AD 5) Continenza	1	<input type="checkbox"/> Controlla completamente da solo la minzione o la defecazione
	0	<input type="checkbox"/> Ha occasionali "incidenti" <input type="checkbox"/> Il controllo della minzione e della defecazione è condizionato dalla sorveglianza, usa il catetere o è incontinente
(AD 6) Alimentarsi	1	<input type="checkbox"/> Si alimenta da solo senza assistenza <input type="checkbox"/> Si alimenta da solo eccetto che necessita di assistenza per tagliare la carne o per spalmare il burro sul pane
	0	<input type="checkbox"/> Riceve assistenza nell'alimentarsi o viene alimentato parzialmente o completamente per sondino o per via endovenosa
		Totale punteggio A.D.L.

I.A.D.L. (Instrumental Activities of Daily Living)		
	Punteggio	
(I.A. 1) A Capacità di usare il telefono	1	<input type="checkbox"/> Usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono e compone il numero <input type="checkbox"/> Compone solo alcuni numeri ben conosciuti <input type="checkbox"/> E' in grado di rispondere al telefono, ma non di chiamare
	0	<input type="checkbox"/> Non è capace di usare il telefono
(I.A. 2) B Movimento per acquisti nei negozi	1	<input type="checkbox"/> Prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi
	0	<input type="checkbox"/> E' in grado di effettuare solo piccoli acquisti nei negozi <input type="checkbox"/> Necessita di essere accompagnato per qualsiasi giro di acquisti nei negozi <input type="checkbox"/> E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi

A M B I T O T E R R I T O R I A L E V A L L E B R E M B A N A

(I.A. 3) C Mezzi di trasporto	1	<input type="checkbox"/> Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto <input type="checkbox"/> Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa i mezzi pubblici <input type="checkbox"/> Usa i mezzi pubblici se accompagnato da qualcuno
	0	<input type="checkbox"/> Può spostarsi soltanto con taxi o con auto con l'assistenza di altri <input type="checkbox"/> Non si sposta per niente
(I.A. 4) D Responsabilità nell'uso di farmaci	1	<input type="checkbox"/> E' in grado di assumere medicinali nelle giuste dosi ed al tempo giusto
	0	<input type="checkbox"/> E' in grado di assumere medicinali se preparati in anticipo in dosi separate <input type="checkbox"/> Non è in grado di assumere medicine da solo
(I.A. 5) E Capacità di gestire il danaro	1	<input type="checkbox"/> Gestisce le operazioni finanziarie indipendentemente (bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate) <input type="checkbox"/> Gestisce gli acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, gli acquisti maggiori, ecc.
	0	<input type="checkbox"/> E' incapace di maneggiare denaro
(I.A. 6) F Cucinare	1	<input type="checkbox"/> Si prepara e si serve i pasti da solo
	0	<input type="checkbox"/> Assume cibo inadeguato anche se preparato da solo o gli debbono essere forniti gli ingredienti
(I.A. 7) G Accudire la casa	1	<input type="checkbox"/> Fa lavori leggeri da solo anche se non mantiene la casa pulita o va aiutato ma fa tutti i lavori
	0	<input type="checkbox"/> Non fa alcun lavoro domestico
(I.A. 8) H Bucato	1	<input type="checkbox"/> Lava da solo tutto o solo la biancheria
	0	<input type="checkbox"/> Tutto il bucato è fatto da altri
		Totale punteggio I.A.D.L.

VALUTAZIONE SOCIALE							
CONDIZIONE ABITATIVA						PUNTEGGIO	
Situazione abitativa (ubicazione, servizi igienici, riscaldamento barriere architettoniche...)	Adeguata	0	parzialmente adeguata	2	Inadeguata	4	
Sostenibilità economica abitazione (locazione, mutuo...)	Sostenibile	0	Parzialmente sostenibile	1	Non sostenibile	2	
Precarietà abitativa (sfratto, pignoramento...)	Assente	0	Moderata	2	Severa	4	
CARICO ASSISTENZIALE						PUNTEGGIO	
Disabilità o invalidità a carico di componenti del nucleo familiare	Nessun riconoscimento di invalidità	0	Riconoscimento di invalidità civile 100%	4	Riconoscimento dell'indennità di accompagnamento	8	
Ulteriore carico assistenziale (altri componenti)	Assenza di minori e persone anziane con compromissione funzionale	0	Presenza di 1 membro anziano con compromissione funzionale o di 1 minore	2	Presenza di 2 e più membri minori o anziani con compromissione funzionale	4	
Stress del caregiver	Assenza di stress del caregiver	0	Stress moderato del caregiver	3	Stress elevato del caregiver	6	
Evento acuto a carico del care giver	Nessun evento a carico del care giver	0	Patologia certificata che compromette l'autonomia funzionale del care giver	3	Decesso o assenza del care giver	5	

A M B I T O T E R R I T O R I A L E V A L L E B R E M B A N A

Limitazioni della capacità di agire a carico di un componente del nucleo familiare	Assenza di limitazioni	0	Presenza di amministrazione di sostegno	1	Presenza di inabilitazione, interdizione	2	
CARICO SOCIALE							PUNTEGGIO
Dipendenze accertate a carico di un componente del nucleo familiare	Assenza di dipendenza da sostanze, gioco d'azzardo patologico	0	Presenza di dipendenza da sostanze, gioco d'azzardo patologico prese in carico da servizio specialistico	3	Presenza di dipendenza da sostanze, gioco d'azzardo patologico non prese in carico da servizio specialistico	6	
Patologia psichiatrica	Assenza di patologia psichiatrica	0	Presenza di patologia psichiatrica con situazione di buon compenso	3	Presenza di patologia psichiatrica non compensata con ricoveri frequenti	6	
Situazione di pregiudizio per minori	Assenza di situazione di pregiudizio per minori	0	Presenza di criticità nel rapporto genitoriale tale da comportare l'intervento di servizi psico-socio-educativi	3	Presenza di situazione di pregiudizio per minori	6	
Alta conflittualità/maltrattamenti accertati a carico di uno o più componenti del nucleo familiare	Assenza di problemi relazionali / agiti maltrattanti	0	Presenza di problemi relazionali severi	3	Presenza di agiti maltrattanti	6	
Nucleo monogenitoriale	Assenza di nucleo monogenitoriale	0	Nucleo familiare costituito da un solo genitore e da 1 figlio	2	Nucleo familiare costituito da un solo genitore e da due e più figli	3	
Carichi penali	Assenza di provvedimenti di restrizione della libertà di membri del nucleo	0	Pena in esecuzione domiciliare	1,5	Pena in esecuzione carceraria	3	

RETE DI SUPPORTO INFORMALE							PUNTEGGIO
Valutazione rete di supporto	sufficiente	0	parzialmente sufficiente o con tenuta precaria	7,5	insufficiente	15	

Totale punteggio VALUTAZIONE SOCIALE

--

LUOGO E DATA

L'ASSISTENTE SOCIALE

PROGETTO INDIVIDUALIZZATO
(a cura dell'Assistente Sociale)

⇒ **SITUAZIONE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE**

IMPEGNO ATTUALE DEI CAREGIVER FAMILIARE

Nominativo	Grado di parentela	Residenza	Tempo giornaliero dedicato

SERVIZI FRUITI (RETE FORMALE)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> SAD Comunale (ore settimanali n.....) | <input type="radio"/> PASTI A DOMICILIO |
| <input type="radio"/> ADI (ASST) | <input type="radio"/> SERVIZI SEMI-RESIDENZIALI |
| <input type="radio"/> SERVIZI DI SOLLIEVO | <input type="radio"/> ASSISTENZA ECONOMICA |
| <input type="radio"/> Altro | |

Eventuali note aggiuntive:

.....

.....

SINTESI BISOGNI RILEVATI

.....

.....

.....

.....

⇒ **OBIETTIVI DEL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO E RISULTATI ATTESI**

.....

.....

.....

.....

MODALITÀ DI REALIZZAZIONE - SOGGETTI COINVOLTI - TEMPI

.....

.....

.....

.....

⇒ **SOTTOSCRIZIONE DEL PROGETTO**

Le parti sottoscrivendo il presente progetto si impegnano a tener fede agli impegni in esso dichiarati.

Luogo e data

Il Beneficiario (se in grado)

Il Caregiver Familiare

Assistente Sociale