

RICONOSCIMENTO DELLO “STATUS” DI CAREGIVER FAMILIARE



A CURA DELL'UVMD

SCHEDA DI RICONOSCIMENTO STATUS DI CAREGIVER FAMILIARE/SEZIONE CAREGIVER

In questa parte del procedimento, si procede con le specifiche legate alla salute ed al benessere della persona e alla programmazione delle misure di sostegno e tutela al caregiver familiare.

1. ANAGRAFICA DEL CAREGIVER

NOME	
COGNOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
CITTADINANZA	
ATTUALE STATO CIVILE	
TITOLO DI STUDIO	
CODICE FISCALE	
RECAPITO TELEFONICO	
INDIRIZZO MAIL	

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 DPR N. 445/2000, ai fini del riconoscimento del proprio “status di Caregiver familiare”.

2. RILEVAZIONE DELLO STRESS DEL CAREGIVER (a cura di operatori professionali con strumenti a discrezione degli stessi) **PER PIANIFICARE L'ATTIVAZIONE DI INTERVENTI ADEGUATI DI SOSTEGNO CHE EVIDENZIA:**

STRUMENTI UTILIZZATI
ESITO RILEVAZIONE DELLO STRESS
AREE DI MAGGIORE STRESS RILEVATO
NECESSITÀ INVIO A CONSULENZA SPECIALISTICA

3. ANALISI DEI BISOGNI DEL CAREGIVER E INDIVIDUAZIONE OBIETTIVI ED INTERVENTI DI SOSTEGNO

MACROAREA SUPPORTO INFORMATIVO_ FORMATIVO

A. BISOGNI INFORMATIVI E FORMATIVI (descrizione)	POSSIBILI INTERVENTI
	○ attività di informazione di base sulle procedure di accesso ai servizi ○ attività di informazione sulle associazioni rappresentative e di volontariato attive sul territorio per la tutela del caregiver ○ educazione di base al ruolo e alla cura ○ inserimento in iniziative di formazione e/o psico educazione di gruppo ○ attività di informazione in merito al riconoscimento delle competenze maturate dal caregiver ○ informazioni in merito all'inserimento lavorativo e alle azioni di sostegno alla conciliazione tra attività lavorativa e compiti di cura ○ supervisione operativa e addestramento nell'attività assistenziale per i bisogni dell'assistito ○ addestramento nell'uso degli ausili ○ riconoscimento delle competenze ○ altro _____
<i>Misure di tutela e conciliazione dei tempi in favore del caregiver familiare come soggetto individuale/cittadino</i>	
NOTE	



MACROAREA PRATICO _ OPERATIVO

B. BISOGNI DI SUPPORTO PRATICO OPOERATIVO DEL CAREGIVER. <i>(descrizione)</i>	POSSIBILI INTERVENTI
	SOSTITUZIONE PROGRAMMATA ○ accoglienza temporanea dell'assistito in struttura residenziale-semiresidenziale ○ sollievo a domicilio: iniziative che consentano al caregiver delle pause anche rimanendo nel domicilio ○ sostituzione programma (es 1 g. al mese) al domicilio per consentire al caregiver il recupero di spazi propri ○ sostituzioni domiciliari di sollievo in caso di assenza programmata del caregiver pe motivi clinici o per altre necessità SOSTITUZIONE IN EMERGENZA ○ sostituzione nelle situazioni impreviste di temporanea impossibilità ad assistere da parte del caregiver ATTIVITA' DI SUPPORTO PRATICO ○ favorire la ricerca di un assistente familiare in caso di necessità sopravvenuta ○ favorire il raccordo e l'attivazione della rete di associazionismo e volontariato territoriale ○ affiancamento e supporto dell'intervento assistenziale anche a distanza ALTRO

MACROAREA _ PSICOLOGICO _ EMOTIVO _ RELAZIONALE



Distretto Sociosanitario Rm 5.6

Comune capofila Colleferro



C.1 L'ASSISTITO È IN GRADO DI:

organizzare la propria giornata in autonomia	☐ Si	☐ NO
ha una giusta percezione del contesto esterno?	☐ Si	☐ No
l'assistito è in grado di gestire in autonomia i rapporti sociali?	☐ si	☐ No
è capace di organizzare i servizi di assistenza quotidiani?	☐ si	☐ No
esprime le proprie esigenze in modo comprensibile?	☐ si	☐ No

C.2 COME CAREGIVER FAMILIARE RICEVE SUPPORTO NELLO SVOLGERE ATTIVITÀ DI CURA

☐ No

☐ SI

da chi _____

a quale costo mensile _____

a spese di chi _____

l'assistente ha una formazione specifica sulle esigenze dell'assistito

☐ no

☐ si

chi si è fatto carico economico della formazione _____

chi ha stabilito il tipo di formazione necessaria _____

C.3 IMPATTO ASSISTENZIALE SUL BENESSERE PSICOFISICO RELAZIONALE DEL CARE GIVER

convive con l'assistito	☐ Si	☐ No
da quanto tempo		
la convivenza è dettata dalla disabilità	☐ si	☐ No
l'assistito è in struttura	☐ si	☐ No

C.3.1 TEMPI DI CURA

PER QUANTO TEMPO È RICHIESTO IL SUO INTERVENTO DI CURA?

☐ H24

☐ ORE GIORNALIERE N. _____

☐ ORE NOTTURNE N. _____

☐ 365 GIORNI L'ANNO



Distretto Sociosanitario Rm 5.6

Comune capofila Colleferro



ci sarebbe qualcuno che potrebbe sostituirla temporaneamente nel suo ruolo di caregiver?	☐ Sì	☐ No
potrebbe trovare qualcuno facilmente?	☐ Sì	☐ No
se si è una persona che appartiene al quotidiano dell'assistito?	☐ Sì	☐ No

potrebbe indicarla? _____

che rapporto ha con l'assistito? _____

per quanto potrebbe sostituirla? _____

C.3.2 BENESSERE PSICOFISICO RELAZIONALE DEL CAREGIVER

COME GIUDICA LA SUA SALUTE

- ☐ eccellente
- ☐ molto buona
- ☐ buona
- ☐ discreta
- ☐ scarsa

RITIENE CHE L'ESSERE CAREGIVER FAMILIARE ABBIA INFLUITO NEGATIVAMENTE ULLA SUA SALUTE?

- ☐ abbastanza
- ☐ per nulla

COME GIUDICA LA QUALITÀ DELLA SUA VITA?

- ☐ eccellente
- ☐ molto buona
- ☐ buona
- ☐ discreta
- ☐ scarsa

RITIENE DI AVERE ABBASTANZA TEMPO PER SÉ?

- ☐ sì
- ☐ no



Distretto Sociosanitario Rm 5.6

Comune capofila Colferro



IL SUO RUOLO DI CAREGIVER FAMILIARE CON QUALE INCIDENZA LE LASCIA TEMPO DA DEDICARE A SÉ?

- ☐ raramente
- ☐ qualche volta
- ☐ spesso
- ☐ quasi sempre

LE CREA PREOCCUPAZIONE O ANSIA LA RESPONSABILITÀ CHE DERIVA DALL'ESSERE CARE GIVER?

- ☐ raramente
- ☐ qualche volta
- ☐ spesso
- ☐ quasi sempre

QUANDO È STATA L'ULTIMA VOLTA CHE HA ORGANIZZATO UN MOMENTO DI SVAGO PER SÉ?

CHE TIPO DI SVAGO?

OSSERVAZIONI

Luogo e data _____

FIRMA CAREGIVER

FIRMA OPERATORE PUA