



**Tipologia Assistito/a (diagnosi):**

<input type="checkbox"/> 01	Demenza (Alzheimer, demenza da corpi di Lewy, demenza vascolare e altri stati di demenza)
<input type="checkbox"/> 02	Disabilità a seguito di un "evento traumatico" es. incidente stradale, caduta, trauma da parto ecc (tetraplegia, emiplegia, locked-in, stato vegetativo, cerebrolesione..)
<input type="checkbox"/> 03	Disabilità non post traumatiche es ictus o altre malattie cerebrovascolari (tetraplegia, emiplegia..)
<input type="checkbox"/> 04	Malattia del motoneurone
<input type="checkbox"/> 05	Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria (spasticismo, cerebrolesioni..)
<input type="checkbox"/> 06	Disabilità sensoriale
<input type="checkbox"/> 07	Altra malattia neurodegenerativa (Parkinson, malattia di Huntington...)
<input type="checkbox"/> 08	Disabilità comportamentale (compresi disturbi dello spettro autistico .. )
<input type="checkbox"/> 09	Ritardo mentale
<input type="checkbox"/> 10	Sindromi congenite su base cromosomica (sindrome di Down....)
<input type="checkbox"/> 11	Distrofie muscolari e altre miopatie
<input type="checkbox"/> 12	Sclerosi multipla
<input type="checkbox"/> 13	Altro (indicare come da diagnosi _____)

**Composizione nucleo familiare:**

<input type="checkbox"/> 01	Coniuge/convivente
<input type="checkbox"/> 02	Coniuge/convivente e figlio/i minore/i
<input type="checkbox"/> 03	Coniuge/convivente e figlio/i maggiorenne/i
<input type="checkbox"/> 04	Coniuge/convivente e figlio/i minore/i + figlio/i maggiorenne/i
<input type="checkbox"/> 05	Coniuge/convivente + un genitore/ambidue genitori
<input type="checkbox"/> 06	Ambidue i genitori
<input type="checkbox"/> 07	Ambidue i genitori + fratello/i + sorella/e
<input type="checkbox"/> 08	Padre
<input type="checkbox"/> 09	Padre + fratello/i + sorella/e
<input type="checkbox"/> 10	Madre

<input type="checkbox"/> 11	Madre + fratello/i + sorella/e
<input type="checkbox"/> 12	Fratello/i + sorella/i
<input type="checkbox"/> 13	Figlio/a/i
<input type="checkbox"/> 14	Solo
<input type="checkbox"/> 15	Altro

Indicare se è presente all'interno del nucleo un componente con invalidità e la percentuale \_\_\_\_\_

### Tipologia Caregiver Familiare

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> 01	Coniuge/convivente	<input type="checkbox"/> 05	Madre	<input type="checkbox"/> 09	Cognato/a
<input type="checkbox"/> 02	Figlio/a/i	<input type="checkbox"/> 06	Fratello/i + sorella/i	<input type="checkbox"/> 10	Zio/a
<input type="checkbox"/> 03	Ambedue i genitori	<input type="checkbox"/> 07	Cugino/a	<input type="checkbox"/> 11	Nessuno
<input type="checkbox"/> 04	Padre	<input type="checkbox"/> 08	Nuora/Genero	<input type="checkbox"/> 12	Altro *

### Assistente familiare retribuito: ore contratto (min 10 ore settimanali)

<input type="checkbox"/> 01	da 10 a 16 h settimanali di contratto
<input type="checkbox"/> 02	da 16,1 a 25 h settimanali di contratto
<input type="checkbox"/> 03	Più 25 h settimanali di contratto

### Tipologia della valutazione

<input type="checkbox"/> 01	Prima valutazione (nuovo accesso)
<input type="checkbox"/> 02	Rivalutazione (es. beneficiario precedenti annualità)

### Scala di valutazione

<input type="checkbox"/> 01	ADL
<input type="checkbox"/> 02	ADL + IADL
<input type="checkbox"/> 03	Nessuna delle due

**ADL - attività di vita quotidiana**

<b>A) FARE IL BAGNO (vasca, doccia, spugnature)</b>	
Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo).	1
Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso).	1
Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.	0
<b>B) VESTIRSI (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)</b>	
Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza. 1	1
Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.	1
Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.	0
<b>C) TOILETTE (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)</b>	
Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino).	1
Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.	0
Non si reca in bagno per l'evacuazione.	0
<b>D) SPOSTARSI</b>	
Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).	1
Compie questi trasferimenti se aiutato.	0
Allettato, non esce dal letto.	0
<b>E) CONTINENZA DI FECI ED URINE</b>	
Controlla completamente feci e urine.	1
"Incidenti" occasionali.	0

Necessità di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente	0
<b>F) ALIMENTAZIONE</b>	
Senza assistenza	1
Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane. 1	1
Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale	0

**Totale:**

**IADL - attività strumentali di vita quotidiana**

<b>USARE IL TELEFONO</b>	
Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero e lo compone	1
Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	1
E' in grado di rispondere al telefono, ma non compone i numeri	1
Non è capace di usare il telefono	0
<b>FARE LA SPESA</b>	
Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi	1
E' in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi	0
Necessita di essere accompagnato per qualsiasi acquisto nei negozi	0
E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi	0
<b>PREPARARE IL CIBO</b>	
Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	1
Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti	0
Scalda pasti preparati o prepara cibi ma non mantiene dieta adeguata	0
Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti	0
<b>GOVERNO della CASA</b>	
Mantiene la casa da solo o con occasionale aiuto (ad es. lavori pesanti)	1

Esegue solo compiti quotidiani leggeri ma livello di pulizia non suffic.	1
Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa	0
Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	0
<b>FARE IL BUCATO</b>	
Fa il bucato personalmente e completamente	1
Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	1
Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0
<b>MEZZI di TRASPORTO</b>	
Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1
Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	1
Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	1
Può spostarsi solo con taxi o auto e solo con assistenza	0
Non si sposta per niente	0
<b>ASSUNZIONE FARMACI</b>	
Prende le medicine che gli sono state prescritte	1
Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate	0
Non è in grado di prendere le medicine da solo	0
<b>USO DEL DENARO</b>	
Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	1
E' in grado di fare piccoli acquisti	1
E' incapace di maneggiare i soldi	0

**Totale:**

Punti scale da attribuire al punteggio finale:

**SCALA ADL**

TOTALE PUNTI DATI DALLE FUNZIONI MANTENUTE	PUNTI DA ATTRIBUIRE NEL PUNTEGGIO FINALE
--	--

0-2	20
3-4	10
5-6	0

**SCALA IADL**

TOTALE PUNTI DATI DALLE FUNZIONI MANTENUTE	PUNTI DA ATTRIBUIRE NEL PUNTEGGIO FINALE
0-2	40
3-4	30
5-6	20
7-8	10

**ESITO della valutazione del carico di cura**

PUNTEGGIO DA 0 A 20 BASSA INTENSITA'	PUNTEGGIO DA 21 A 45 MEDIA INTENSITA'	PUNTEGGIO DA 46 A 60 ALTA INTENSITA'

Punt. intensità carico di cura \_\_\_\_\_ **Contribuzione per intensità carico di cura** \_\_\_\_\_

Valore ISEE € \_\_\_\_\_ **Contribuzione per soglia ISEE** \_\_\_\_\_

**Esito valutazione**

<input type="checkbox"/> 01	Persona appropriata alla misura
<input type="checkbox"/> 02	Persona non appropriata alla misura

**E' stata effettuata una valutazione multidimensionale?**

<input type="checkbox"/> 01	SI
<input type="checkbox"/> 02	NO

**Ore al giorno di assistenza attiva erogate dal Caregiver Familiare:** \_\_\_\_\_

**Data Valutazione:** \_\_\_\_\_

**Utilizzo altro servizio:**

<input type="checkbox"/> 01	Servizi/interventi sociali (ex Contributi sociali)
<input type="checkbox"/> 02	Ricovero di sollievo RSA/RSD
<input type="checkbox"/> 03	ADI/ C-DOM
<input type="checkbox"/> 04	SAD compreso servizi integrativi (pasti a dom. trasporti ecc.)
<input type="checkbox"/> 05	Protesi/ausili
<input type="checkbox"/> 06	Servizi Prima Infanzia/Scuola dell'Infanzia/Scuola Primaria/Scuola Secondaria I grado/Scuola Secondaria II grado
<input type="checkbox"/> 07	CSE
<input type="checkbox"/> 08	CDD
<input type="checkbox"/> 09	CDI
<input type="checkbox"/> 10	Riabilitazione ambulatoriale
<input type="checkbox"/> 11	Riabilitazione domiciliare
<input type="checkbox"/> 12	Sperimentazione riabilitazione minori ambulatoriale
<input type="checkbox"/> 13	Voucher anziani al caregiver familiare ex DGR 7487/2017
<input type="checkbox"/> 14	Prestazioni Home Care Premium
<input type="checkbox"/> 15	Sostegno "Dopo di Noi"
<input type="checkbox"/> 16	Assistenza educativa (domiciliare e/o presso struttura)
<input type="checkbox"/> 17	Bonus per assistente familiare (ex LR 15/2015)
<input type="checkbox"/> 18	SFA
<input type="checkbox"/> 19	Nessuno

**Tipologia di assistenza attiva erogata dal Caregiver Familiare**

Igiene personale e/o gestione continenza	SI	NO
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione terapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto sociale e alla comunicazione (es. gestione comportamento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTERVENTI A FAVORE DELLA PERSONA CON GRAVE DISABILITA' O NON AUTOSUFFICIENTE		
Tipologia	Quota prevista	Descrizione dell'intervento
<b>A)</b> Assistenza continuativa della persona in condizione di grave disabilità o di non autosufficienza al domicilio da parte del <b>CAREGIVER FAMILIARE</b> <input type="checkbox"/>	<b>€ 100,00 mensile</b>	<hr/> <hr/> <hr/>
<b>B)</b> Assistenza continuativa della persona in condizione di grave disabilità o di non autosufficienza al domicilio da parte di <b>ASSISTENZA REGOLARMENTE ASSUNTO</b> <input type="checkbox"/>	<b>€</b> _____	<hr/> <hr/> <hr/>
<b>C)</b> <b>PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE</b> di persone con disabilità fisico motoria grave e gravissima senza il supporto del caregiver familiare <input type="checkbox"/>	<b>€</b> _____	<hr/> <hr/> <hr/>
<b>Totale €</b> _____		

Assistente Sociale Comune di residenza \_\_\_\_\_

Firma Assistente Sociale Comune di residenza \_\_\_\_\_

Beneficiario/Caregiver

\_\_\_\_\_

In qualità di  Familiare  Amministratore di sostegno  Tutore  Curatore

Firma \_\_\_\_\_

\*Firma dell'altro genitore esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_

\*nel caso in cui la domanda riguarda un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la potestà genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori.

A.S.S.E.MI. - Azienda Sciale Sud Est Milano  
Via Unica Bolgiano, 18 - 20097 San Donato Milanese (MI) C.F. 97529770154 P.IVA 09374930965  
posta certificata: ASSEMI@legalmail.it

A.S.S.E.MI. - Azienda Sciale Sud Est Milano  
Via Unica Bolgiano, 18 - 20097 San Donato Milanese (MI) C.F. 97529770154 P.IVA 09374930965  
posta certificata: ASSEMI@legalmail.it