**DOMANDA PER L’AVVIO DELL’ITER DI VALUTAZIONE**

**PER LA CONCESSIONE DI UN FINANZIAMENTO DI PIANI INDIVIVIDUALI DI ASSISTENZA FINALIZZATI ALL’ATTUAZIONE DELLA COMPONENTE SOCIALE IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON DISABILITÀ GRAVISSIMA AI SENSI DEL DECRETO INTERMINISTERIALE 26.09.2016**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ovvero **in qualità di (barrare)**

* **familiare**
* **tutore (decreto Tribunale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**
* **amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_)**
* **altro (specificare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

* l’Assegnazione dell’“Assegno di cura” quale contributo economico finalizzato all’acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall’assistito e dalla famiglia;
* l’Assegnazione del “Contributo di cura” quale contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del caregiver;

*(barrare una sola casella )*

e, pertanto, l’avvio dell’iter di valutazione per la concessione del finanziamento per l’attivazione di un Piano Individualizzato di Assistenza, finalizzato a favorire la permanenza del disabile gravissimo presso il proprio domicilio, promuovendo l’appropriatezza e l’efficacia delle cure domiciliari ad alta integrazione socio-sanitaria in un’ottica di supporto al nucleo familiare alleggerendone i compiti assistenziali.

**Allega alla presente domanda:**

* Copia documento di identità in corso di validità dell’utente e del richiedente.
* Copia documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
* Certificazione del medico di base nel quale siano specificate tutte le patologie di cui è affetto il paziente;
* Copia della certificazione medica attestante l’indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o certificazione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013;
* Copia della certificazione medica ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
* Copia del contratto di lavoro e attestato di qualifica nei casi di assistenza prestata da personale qualificato esterno alla famiglia (solo per domanda di “Assegno di Cura”), nel caso in cui si è già in possesso di un contratto di assistenza;
* Comunicazione estremi bancari/postali (All. B) (non verranno presi in considerazione codici IBAN non leggibili);
* Copia della nomina del Tribunale relativa all’Amministratore di Sostegno/Tutore Legale, o della ricevuta dell’avvenuta presentazione della richiesta nei casi in cui è previsto dalla legge;
* Copia del permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità, qualora si tratti di utente extracomunitario;
* Modello I.S.E.E., (indicatore della situazione economica equivalente) in corso di validità, attestante la condizione economica.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare *che i dati conferiti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dai Comuni del Distretto Roma 4.3, e/o trasferiti a terzi, per le sole finalità connesse alla procedura in argomento, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO B (che verrà compilato dalla U.V.M.D. in sede di valutazione socio sanitaria)**

**AMBITO DISTRETTUALE ROMA 4.3**

**PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE**

**Cognome** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Luogo e data di nascita** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Residenza** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Recapiti** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Recapiti Persona di riferimento** (specificando residenza/domicilio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Situazione sanitaria**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MMG** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Recapiti (telefono/email)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Orari di ricevimento** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rete dei servizi socio sanitari attivi**

**Nome servizio** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Operatore di riferimento** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Recapiti (telefono/e-mail)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Situazione Familiare (analisi qualitativa e quantitativa della rete familiare)**

L’utente vive:

□ SOLO

□ CONVIVE CON LE SEGUENTI FIGURE (specificare grado di parentela e data di nascita):

 1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 4) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 5) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ presenza di rete amicale/vicinato/volontariato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Note**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Situazione assistenziale:**

□ Presenza di un/a o più badante/i □ Indennità di accompagnamento

**Situazione Abitativa (titolo di godimento, dislocazione nel territorio, ecc…..)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LIVELLO INTENSITA’ ASSISTENZIALE ED EDUCATIVA:**

□ ALTO □ MEDIO-ALTO □ MEDIO □ BASSO

**Livello Alto**. Persone non autosufficienti e/o non autonome nelle attività della vita quotidiana, a causa di limiti funzionali o di incapacità di finalizzazione che: - vivono sole; - vivono con coniuge o familiari con compromissioni dell’autonomia; - non hanno familiari in grado di recare supporto adeguato nonché l’accudimento dovuto; hanno familiari impossibilitati a prestare assistenza; - incapacità economica di sostenere spese per servizi o supporti finalizzati allo svolgimento delle attività quotidiane di base e strumentali e/o per favorire le attività di socializzazione; - non sono in grado di curare il proprio ambiente di vita e/o esso presenta gravi carenze in termini di agibilità, sicurezza, igiene e ubicazione; - non usufruiscono di interventi continuativi da parte di reti di sostegno, a qualsiasi titolo attivate; - hanno familiari presenti in grado di prestare assistenza ma che hanno bisogno di essere supportati a causa dell’elevato carico assistenziale nonché in pregiudizio.

**Livello Medio-Alto**. 1) Persone con deterioramento cognitivo e fisico in progressione certa e inevitabile, per le quali è necessario l’aiuto di terzi nello svolgimento delle attività quotidiane della vita. 2) Persone prive di validi riferimenti familiari e reti sociali adeguate e che, dal punto di vista cognitivo, alternano capacità ad incapacità relazionale che, se stimolata dalla presenza di persone terze, può essere almeno in parte recuperata. In particolare: - persone con limitata e/o in progressiva perdita delle funzioni autonome; - persone che vivono sole; - persone che non hanno familiari in grado di recare supporto per limiti personali ovvero perché impossibilitati da altro a prestare assistenza; - persone che vivono in ambiente domestico e sociale degradato.

**Livello Medio**. 1) Persone con gravi problemi di non autonomia e non autosufficienza che: - hanno familiari in grado di recare supporto, ma necessitano comunque di sostegno esterno e sollievo; - non sono in grado di curare il proprio ambiente di vita, oppure lo fanno solo parzialmente e/o supportati, e/o l’abitazione presenta carenze in termini di agibilità, sicurezza, igiene e ubicazione; - sono beneficiarie di altri servizi; - usufruiscono di interventi continuativi da parte di reti di sostegno, a qualsiasi titolo attivate; - hanno la capacità economica di sostenere parzialmente spese per servizi e supporti finalizzati allo svolgimento delle attività quotidiane di base e strumentali e/o per favorire le attività di socializzazione. 2) Persone parzialmente autosufficienti e parzialmente autonome nella gestione degli atti della vita quotidiana che: - vivono sole; - non hanno familiari in grado di recare supporto adeguato; - hanno familiari impossibilitati a prestare assistenza, a causa di impegni esterni finalizzati alla sussistenza; - non usufruiscono di altri servizi; - non usufruiscono di interventi continuativi da parte di reti di sostegno, a qualsiasi titolo attivate; usufruiscono di altri servizi, ma non hanno familiari in grado di recare supporto; - hanno problemi nella gestione della vita quotidiana a causa della presenza di barriere architettoniche; - hanno la capacità economica di sostenere in parte spese per servizi e supporti finalizzate allo svolgimento delle attività quotidiane di base e strumentali e/o per favorire le attività di socializzazione.

**Livello Basso**. Persone parzialmente autosufficienti e/o parzialmente autonome nella gestione degli atti della vita quotidiana che: - vivono sole, hanno familiari non in grado di recare supporto adeguato e costante, - usufruiscono di altri servizi, - usufruiscono di interventi continuativi da parte di reti di sostegno, a qualsiasi titolo attivate; - hanno capacità economica (totale o parziale) di sostenere spese per servizi o supporti finalizzati allo svolgimento delle attività quotidiane di base e strumentali presso il domicilio.

**Obiettivi del piano assistenziale**

□ Favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita;

□ Mantenimento o recupero dei livelli di autonomia;

□ Favorire l’esercizio dei diritti di cittadinanza;

□ Attivare/ottimizzare le funzioni di supporto delle reti sociali, sollecitandone di nuove;

□ Sostenere le capacità personali nel proprio ambiente familiare e sociale;

□ Favorire la socializzazione, le relazioni affettive, supportando le capacità residue;

□ Sostenere il nucleo familiare e chi si prende cura dell’utente;

□ Ridurre il rischio dell’istituzionalizzazione;

□ favorire maggiore spazi di libertà, migliorando la qualità della vita;

□ Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Necessità assistenziali oggetto del piano per il perseguimento degli obiettivi**

□ Igiene della persona (lavarsi, vestirsi, aiuto per la doccia o il bagno, cambio del pannolone, etc…)

□ Mobilizzazione dell’utente non deambulante;

□ Preparazione dei pasti;

□ Somministrazione pasti e bevande;

□ Cura e pulizia parziale degli ambienti utilizzati per la cura dell’utente;

□ Controllo nell’assunzione terapia farmacologia;

□ Attività di stimolazione fisica-motoria (passeggiate all’interno e all’esterno dell’abitazione, uso del deambulatore, etc….);

□ Attività di stimolazione cognitiva (gioco delle carte, enigmistica, lettura di giornali, cucina, etc.);

□ Attività per il mantenimento/sviluppo/recupero delle autonomie personali (saper usare i telefoni, l’orologio e il denaro, saper esprimere interessi e preferenze);

□ Attività per il mantenimento/sviluppo/recupero delle autonomie sociali (sviluppare l’orientamento, la mobilità e la capacità di utilizzare i mezzi di trasporto, utilizzare gli esercizi commerciali e gli uffici, gestione del tempo libero e di relazione con gli altri);

□ Servizio di trasporto (accompagnamento in luoghi esterni al domicilio supermercati, centri di terapia o servizi sanitari, poste, centri per attività culturali e ricreative, etc. );

□ Acquisto generi di prima necessità e/o svolgimento di pratiche burocratiche per conto dell’utente;

□ Attività di segretariato sociale (informazioni su diritti, pratiche, servizi);

□ Attività di sostegno alla genitorialità;

□ Assistenza educativa e sostegno didattico (extrascolastico o scolastico);

□ Attività di socializzazione (attività ludico - ricreative) ed integrazione sociale/lavorativa;

□ Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SEZIONE CAREGIVER FAMILIARE**

1. **Anagrafica caregiver familiare**

Nome e cognome…………………………………………………………………………

Nato a …………………………………………….………il……………………………..

domiciliato in …………….………………………………………………………………

codice fiscale…………………………………………………………………………….

tel……………………………………contatto e-mail………………………………………

stato civile…………………………..titolo di 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………………………………………………………………………………

1. **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 professionale, amicali e parentali con funzione di possibile sostegno)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Rilevazione dello stress del caregiver**

questa parte è legata allo screening (prevenzione) e 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.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

Area di maggiore stress/burden per il caregiver

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Necessità di attivare interventi specifici di sostegno

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Necessità di invio al secondo livello di valutazione/consulenza specialistica

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Analisi dei bisogni del caregiver familiare e identificazione di obiettivi ed interventi**
2. **Bisogni informativi e formativi del caregiver**
* 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 di 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
1. **Bisogni di supporto pratico operativo del caregiver (descrizione)**

*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 programma (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

*Ulteriore 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 e supporto dell’intervento assistenziale anche con il ricorso a modalità a distanza in caso di richiesta da parte del caregiver.

**c. Bisogni emotivi relazionali del caregiver familiare (descrizione)**

* Proposta/attivazione di consulenze psicologiche (individuali o familiari)
* Proposta di inserimento percorsi di aiuto mutuo aiuto o sostegno
* Valutazione e rilevazione 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….)

**Progetto individuale nel dettaglio**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI ED ALTRO CON INTERVENTI DA ATTIVARE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Modalità e tempi di valutazione e verifica del Pai**

□ Semestrale attraverso riunione di equipe multidiscipinari

□ Trimestrale attraverso riunione di equipe multidiscipinari

|  |  |
| --- | --- |
| **L’Assistente Sociale del Comune** |  |
| **Per la ASL**  |  |
| **Utente e/o familiare** |  |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e firma del Medico certificatore)

**ALLEGATO C**

**OGGETTO: Comunicazione estremi bancari.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ovvero **in qualità di familiare/tutore/delegato di:**

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

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in caso di concessione del finanziamento di cui all’oggetto chiede che il contributo sia erogato mediante bonifico bancario e a tal fine ne comunica gli estremi:

Banca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice IBAN:

Dichiara di conoscere ed accettare le modalità di erogazione previste dall’avviso pubblico.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *firma*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO D**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI**

**COMA/STATO VEGETATIVO/MINIMA COSCIENZA**

Con la presente si certifica che il/la paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha ottenuto un punteggio nella scala Glasgow Come Scale (GCS) pari a \_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega alla presente copia della Glasgow Come Scale (GCS).

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e firma del Medico certificatore)

**Glasgow Coma Scale (GCS)**

**La Glasgow Coma Scale prevede la valutazione combinata delle risposte oculari, verbali e motorie.** Ad ognuna di queste corrisponde un punteggio, la cui somma rappresenta lo score, vale a dire **il livello di coscienza del paziente.** Lo score risulta dalla somma delle migliori risposte oculari, verbali e motorie ottenute.

Va precisato che le risposte motorie devono essere ricercate nell'arto superiore.

Lo stimolo algogeno appropriato e standardizzato è costituito dalla compressione del letto ungueale, oppure da un forte pizzicamento del cucullare o infine da una pressione sullo sterno con le nocche delle dita.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Apertura Occhi** | Spontanea | 4 |
| Alla voce | 3 |
| Al dolore | 2 |
| Nessuna | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Risposta Verbale** | Orientata | 5 |
| Confusa | 4 |
| Parole inappropriate | 3 |
| Suoni incomprensibili | 2 |
| Nessuna | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Risposta Motoria** | Ubbidisce al comando | 6 |
| Localizza il dolore | 5 |
| Retrae al dolore | 4 |
| Flette al dolore | 3 |
| Estende al dolore | 2 |
| Nessuna | 1 |

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI**

**DIPENDENZA DA VENTILAZIONE MECCANICA**

Con la presente si certifica che il/la paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa 24 ore al giorno 7 giorni su 7.

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e firma del Medico certificatore)

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI**

**STATO DI DEMENZA**

Con la presente si certifica che il/la paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha ottenuto un risultato nella scala CDRS pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia della Clinical Dementia Rating Scale (CDRS).

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e firma del Medico certificatore)

****

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI**

**LESIONI SPINALI FRA C0 E C5**

Con la presente si certifica che il/la paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha ottenuto un risultato nella scala ASIA Scale (AIS) pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASIA Scale (AIS)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **A = Completa** | Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4-S5 |
|  | **B = Incompleta** | Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4-S5 |
|  | **C = Incompleta** | La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico è più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3 |
|  | **D = Incompleta** | La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o superiore a 3 |
|  | **E = Normale** | Nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità integra, non disturbi sfinterici ma possibile alterazione dei riflessi) |

**Le lesioni spinali da valutare ai fini della presentazione della domanda di finanziamento sono tra la C0 e la C5.**

**In caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate.**

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e firma del Medico certificatore)

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI**

**GRAVISSIMA COMPROMISSIONE MOTORIA DA PATOLOGIA NEUROLOGICA O MUSCOLARE**

Con la presente si certifica che il/la paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha ottenuto un risultato nella scala MRC pari a: \_\_\_\_\_\_\_

**MEDICAL RESEARCH COUNVIL (MRC).**

**Braccio destro:\_\_\_/5**

**Braccio sinistro:\_\_\_/5**

**Gamba destra:\_\_\_/5**

**Gamba sinistra:\_\_\_/5**

|  |  |
| --- | --- |
| **5/5** | Movimento possibile contro resistenza massima |
| **4/5** | Movimento possibile solo contro resistenza minima |
| **3/5** | Movimento possibile solo contro gravità |
| **2/5** | Movimento possibile solo in assenza di gravità |
| **1/5** | Accenno al movimento |
| **0/5** | Assenza di movimento |

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico certificatore)

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI**

**DEPRIVAZIONE SENSORIALE COMPLESSA**

Con la presente si certifica che il/la paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha una copresenza di minorazione visiva e ipoacusia.

Residuo visivo occhio destro: \_\_\_\_/20

Residuo visivo occhio sinistro: \_\_\_\_/20

Residuo perimetrico binoculare: \_\_\_\_\_%

Orecchio destro: \_\_\_\_\_ decibel htl media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz

Orecchio sinistro: \_\_\_\_\_ decibel htl media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e firma del Medico certificatore)

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI**

**SPETTRO AUTISTICO**

Con la presente si certifica che il/la paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è affetto da una disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello \_\_\_\_\_\_ del DSM-5.

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e firma del Medico certificatore)

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI**

**RITARDO MENTALE GRAVE/PROFONDO**

Con la presente si certifica che il/la paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è affetto da un ritardo mentale grave o profondo secondo la classificazione del DSM-5 con un QI pari a \_\_\_\_\_\_\_ e un punteggio nella scala LAPMEL pari a \_\_\_\_\_\_\_

Si allega il test LAPMEL.

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e firma del Medico certificatore)

**LEVEL OF ACTIVITY IN PROFOUND/SEVERE MENTAL RETARDATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Alimentazione** | Viene alimentato, cibo di consistenza modificata | 0 |
| Viene alimentato, cibo di consistenza ordinaria | 1 |
| Porta il cibo alla bocca (con o senza supervisione o assistenza) | 2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Controllo Sfinteri** | Non riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vescicali o intestinali) | 0 |
| Riesce a segnalare necessità di evacuazione o eventuali perdite (vescicali o intestinali) | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Comunicazione** | Riesce a segnalare alcuni bisogni, attraverso un comportamento aspefico o stereotipato | 0 |
| Riesce a segnalare alcuni bisogni identificabili da comportamenti specifici | 1 |
| Comunica verbalmente i suoi bisogni | 2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Manipolazione** | Assente, oppure azione di afferramento | 0 |
| Afferramento palmare spontaneo | 1 |
| Utilizza la pinza pollice-indice | 2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Vestizione** | Passiva | 0 |
| Si sforza di dare una qualche collaborazione | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Locomozione** | Stazionario sulla sedia/poltrona/letto | 0 |
| Si trasferisce nell’ambiente | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Orientamento nello spazio** | Non orientato | 0 |
| Orientato solo in ambienti conosciuti | 1 |
| Orientato negli spazi a lui non conosciuti | 2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** | **Risposta** | **Punti** |
| **Prassi** | Nessuna prassia, oppure movimenti afinalistici e stereotipati | 0 |
| Realizza prodotti plastici o grafici (incastra, connette, plasma e colora) oppure pilota una carrozzina manualmente | 1 |
| Disegna o pilota una carrozzina elettrica | 2 |