



## Avviso per il Caregiver Familiare

Percorso per il riconoscimento formale dello "status" di caregiver familiare  
ai sensi della Legge Regionale 05/2024 "Disposizioni per il riconoscimento e il sostegno  
del caregiver familiare" e della DGR 751/2024 di approvazione delle "Linee guida  
regionali per le procedure di riconoscimento del caregiver familiare"

## Introduzione

Il Consorzio Sociale Ri, formato dai Comuni di Ascrea, Belmonte, Cantalice, Castel di Tora, Cittaducale, Collalto Sabino, Colle Di Tora, Collegiove, Colli Sul Velino, Contigliano, Greccio, Labro, Leonessa, Longone Sabino, Montenero Sabino, Monte S. Giovanni, Morro Reatino, Nespole, Paganico, Poggio Bustone, Rieti, Rivodutri, Roccasinibalda, Torricella Sabina, Turania, intende promuovere e sostenere, anche seguendo le indicazioni nazionali e regionali, il ruolo del caregiver familiare quale figura fondamentale nei percorsi di cura e assistenza delle persone con disabilità e non auto sufficienza.

Attraverso il presente Avviso, il Consorzio Sociale Ri1 intende **riconoscere e certificare i caregiver familiari** che operano sul nostro territorio al fine di agevolare il lavoro di cura e assistenza.

Il riconoscimento formale dello "status" di caregiver familiare è disciplinato dalla Legge Regionale 05/2024 "Disposizioni per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare" e dalla DGR 751/2024 di approvazione delle "Linee guida regionali per le procedure di riconoscimento del caregiver familiare", a cui si rimanda integralmente per qualsiasi ulteriore approfondimento.

### Art. 1. Definizione di Caregiver familiare

Il caregiver familiare è la persona che assiste e si prende cura:

- del coniuge;
- dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso ai sensi dell'articolo 1, comma 20 della legge 20 maggio 2016, n. 76
- del convivente di fatto ai sensi dell'articolo 1, comma 36 della legge 20 maggio 2016, n. 76;
- di un familiare o di un affine entro il secondo grado;
- di un familiare entro il terzo grado ma nei soli casi di mancanza o decesso dei genitori o del coniuge o della parte di un'unione civile o del convivente di fatto, ovvero qualora gli stessi siano affetti da patologie invalidanti o abbiano compiuto i sessantacinque anni di età.

che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della l. 104/1992 o sia titolare di indennità di accompagnamento.

Lo "status" di caregiver familiare può essere riconosciuto anche a coloro che, in mancanza di familiari da parte dell'assistito, convivono con la persona bisognosa di cura ed assistenza garantendone la permanenza nel proprio ambiente familiare

Il caregiver familiare esercitare la sua funzione di facilitatore del benessere psico fisico della persona anche in caso di ricovero in una struttura residenziale della persona non autosufficiente o con disabilità di cui si prende cura.

Il "caregiver familiare" è, preferibilmente, il tutore, il curatore o l'amministratore di sostegno, ove praticabile, nel contesto familiare e laddove presenti.

## **Art. 2. Domanda per il riconoscimento formale dello "status" di caregiver familiare**

Il caregiver familiare presenta domanda per il riconoscimento del suo "status" presso il PUA Punto unico di accesso della ASL di Rieti in via delle Ortensie, 28 oppure presso gli sportelli di segretariato sociale presenti nei 25 comuni del Consorzio Sociale Ri1.

All'interno dei PUA è riservato un apposito Spazio con operatori incaricati, appositamente formati, ad accogliere la richiesta di riconoscimento e ad interagire con il caregiver familiare accompagnandolo nel rilascio delle informazioni di corredo alla istanza stessa.

La Domanda dovrà essere presentata agli Sportelli o inviata via mail utilizzando l'Allegato Modello.

## **Art. 3. Riconoscimento formale della figura del caregiver familiare**

Il riconoscimento formale dello "status" di caregiver familiare può avvenire, con riferimento a ciascuna persona con disabilità o non autosufficiente bisognosa di cura ed assistenza, nei confronti di un solo caregiver familiare.

Possono essere riconosciuti più caregiver familiari nei casi di:

- genitori di figli minori;
- presenza, nel contesto familiare, di un giovane caregiver ossia della *"persona di età compresa tra i 16 e 28 anni che si prende cura di un proprio familiare convivente anche in presenza di un caregiver familiare formalmente riconosciuto"*.

Il riconoscimento formale dello "status" di caregiver familiare avviene in fase di presa in carico dell'assistito e durante la definizione del Piano personalizzato a cura dell'Unità di valutazioni multidisciplinare sociosanitaria competente (UVMD), mediante l'adozione di apposita scheda.

Il Piano personalizzato, infatti, è lo strumento mediante il quale, in modo sinergico e coordinato, sono impiegate tutte le risorse, professionali e finanziarie, per costruire un percorso integrato di presa in carico, accompagnamento e sostegno della persona, non solo in termini di misure assistenziali, ausili e supporti ma, anche, di pieno sviluppo delle capacità ed attitudini individuali, in condizioni di pari opportunità, e di riscontro alle aspettative di inclusione sociale e qualità di vita.

Il riconoscimento viene espresso, pertanto, attraverso l'inserimento, in tutti i Piani personalizzati delle persone con disabilità o non autosufficienti con caregiver familiare, di una Scheda aggiuntiva e appositamente dedicata a tale figura, denominata "Scheda di riconoscimento/Sezione Caregiver", di cui in allegato (a solo scopo conoscitivo).

La Scheda costituisce lo spazio deputato a riportare, in modo articolato, bisogni e necessità di supporto del caregiver familiare in relazione alle tre macroaree principali di intervento legate al suo ruolo: supporto informativo/formativo, pratico/operativo e psicologico/emotivo/relazionale.

Il percorso di riconoscimento formale dello "status" di caregiver familiare avverrà entro 90 giorni dalla data della domanda.

#### **Art. 4. Riconoscimento “d’Ufficio” dello “status” di caregiver familiare**

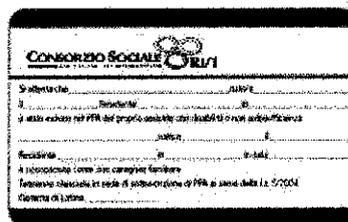
I caregiver familiari, già inseriti nei Piano personalizzato a seguito di UVM, riceveranno, automaticamente e senza fare alcuna istanza, il riconoscimento formale dello “status”.

Similmente, anche per coloro che sono in fase di presa in carico e di convocazione a cura della UVMD, si procederà automaticamente con il riconoscimento formale dello “status”, senza alcuna ulteriore istanza, all’interno del Piano personalizzato.

#### **Art. 5. Rilascio della Tessera “Card Caregiver”**

A conclusione dell’iter di riconoscimento dello “status” di caregiver familiare, come definito ai Punti precedenti, a ciascun caregiver verrà rilasciato un apposito tesserino identificativo, con la finalità di agevolare lo svolgimento della propria funzione ed attività nell’ambito del sistema integrato dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali. Il caregiver potrà accedere, a seguito di una valutazione in base alle specifiche esigenze, a vari servizi, tra cui: sollievo emergenziale, sollievo programmato, attività di supporto (come supporto psicologico, attività di socializzazione, formazione e gruppi di sostegno).

La tessera è denominata, così come previsto dalla Legge regionale 5/2024, CARD caregiver.



#### **Art. 6. Cessazione dello status di caregiver familiare**

L’assistito o il caregiver familiare possono, in ogni momento, comunicare formalmente al PUA la volontà di revocare e sostituire, in sede di UVMD, il proprio caregiver familiare riconosciuto così come, a quest’ultimo, di poter rinunciare al proprio “status”.

La cessazione dello “status” di caregiver avviene anche a causa del decesso della persona assistita, nonché, con riferimento ai soli caregiver di persone prive di familiari, con la cessazione della convivenza.

#### **Art. 7. Tutela dei dati personali**

I dati personali dei cittadini, di cui l’Amministrazione venga a conoscenza in ragione dell’applicazione del presente Avviso sono trattati per lo svolgimento delle funzioni relative all’attività a favore del richiedente.

Il Responsabile dei dati periodicamente verifica la pertinenza dei dati raccolti rispetto alle finalità perseguite.

Al momento della raccolta dei dati all’utente vengono fornite tutte le informazioni relative alla tutela della privacy ed acquisto, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno

2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), il relativo consenso scritto. In tale sede il sottoscrittore viene informato che il Consorzio Sociale RI1 e Comuni afferenti allo stesso sono i responsabili del trattamento dei dati personali forniti e che i dati raccolti saranno conservati dagli stessi Enti all'interno di un archivio cartaceo ed informatico e che potranno essere utilizzati ad uso interno di detti Enti nonché di eventuali Enti Gestori del servizio per le finalità per cui sono stati rilasciati. I titolari del trattamento dei dati sono gli Enti indicati.

#### **Art. 8. Responsabile del procedimento**

Il responsabile del procedimento è il Dott. Luca Falconi.

Rieti, 22.05.2025

Il Direttore del Consorzio Sociale Ri1

Dott. Luca Falconi



Firmato digitalmente da:  
FALCONI LUCA  
Firmato il 22/05/2025 10:10  
Seriale Certificato: 2288615  
Valido dal 16/03/2023 al 16/03/2026  
(InfoCamere Qualified Electronic Signature CA)

#### **Allegati**

- Modello di domanda per il riconoscimento formale dello "status" di caregiver familiare
- Scheda di riconoscimento/Sezione Caregiver (a titolo conoscitivo)

COMUNE DI MORRO REATINO  
Protocollo Arrivo N. 1206/2025 del 24-05-2025  
Allegato 1 - Class. 1 - Copia Del Documento Firmato Digitalmente





**SCHEDA DI RICONOSCIMENTO STATUS DI CAREGIVER FAMILIARE/SEZIONE CAREGIVER**

**1. ANAGRAFICA DEL CAREGIVER**

NOME	
COGNOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
CODICE FISCALE	
RECAPITO TELEFONICO	
INDIRIZZO MAIL	

**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

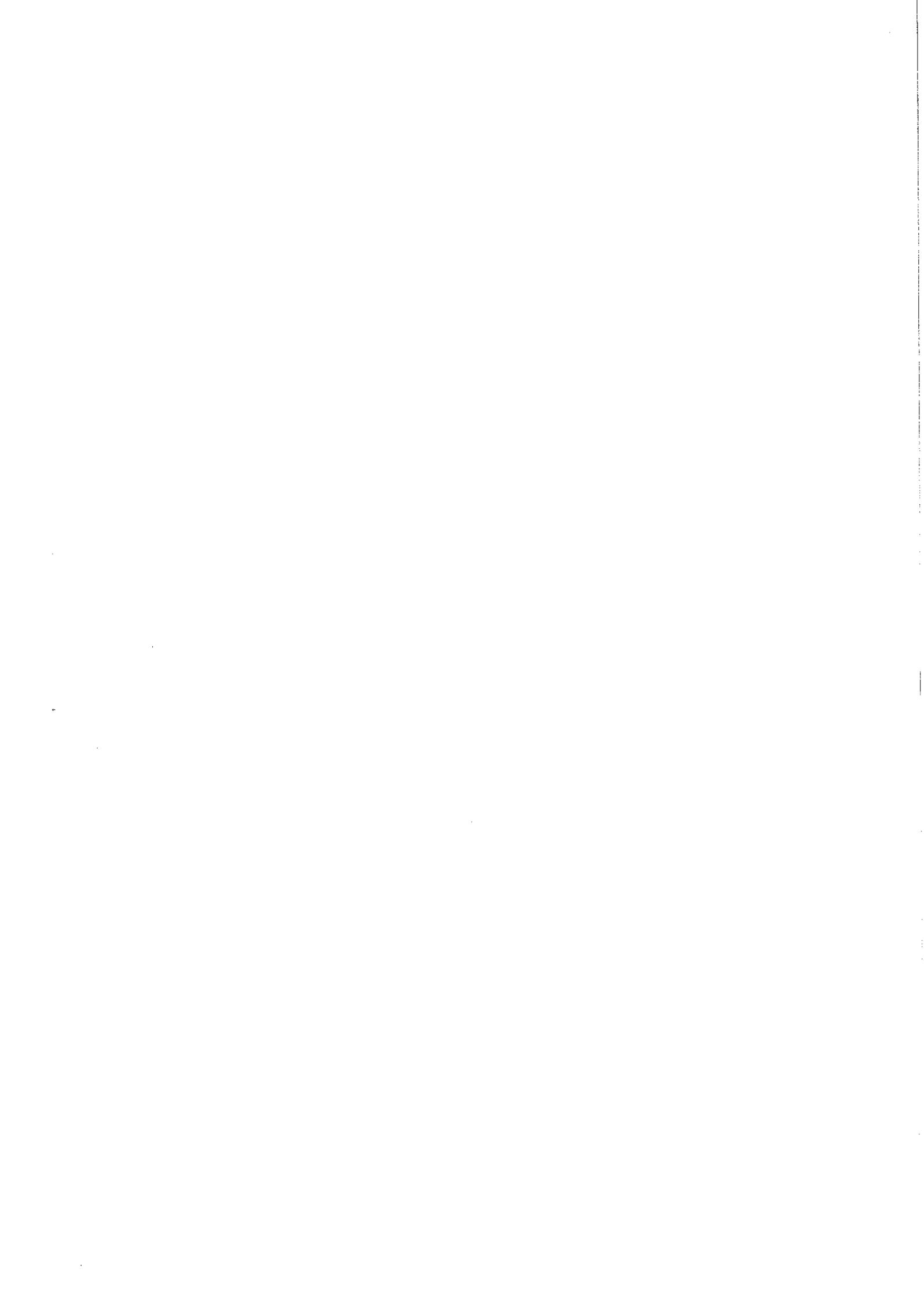
aree di maggiore stress rilevato
necessità invio a consulenza specialistica

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

A. BISOGNI INFORMATIVI E FORMATIVI <i>(descrizione)</i>	POSSIBILI INTERVENTI
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____	<ul style="list-style-type: none"> <li>O attività di informazione di base sulle procedure di accesso ai servizi</li> <li>O attività di informazione sulle associazioni rappresentative e di volontariato attive sul territorio per la tutela del caregiver</li> <li>O educazione di base al ruolo e alla cura</li> <li>O inserimento in iniziative di formazione e/o psico educazione di gruppo</li> <li>O attività di informazione in merito al riconoscimento delle competenze maturate dal caregiver               <ul style="list-style-type: none"> <li>O informazioni in merito all'inserimento lavorativo e alle azioni di sostegno alla conciliazione tra attività lavorativa e compiti di cura</li> <li>o supervisione operativa e addestramento nell'attività assistenziale per i bisogni dell'assistito</li> <li>o addestramento nell'uso degli ausili</li> <li>O riconoscimento delle competenze</li> <li>O altro _____</li> </ul> </li> </ul>

COMUNE DI MORRO REATINO  
 Protocollo Arrivo N. 1206/2025 del 24-05-2025  
 Allegato 2 - Class. 1 - Copia Documento

<p><b>B. BISOGNI DI SUPPORTO PRATICO OPERATIVO DEL CAREGIVER</b> <i>(descrizione)</i></p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>6.</p>	<p><b>POSSIBILI INTERVENTI</b></p> <p><b>SOSTITUZIONE PROGRAMMATA</b></p> <p><input type="checkbox"/> accoglienza temporanea dell'assistito in struttura residenziale- semiresidenziale</p> <p><input type="checkbox"/> sollievo a domicilio: iniziative che consentano al caregiver delle pause anche rimanendo nel domicilio</p> <p><input type="checkbox"/> sostituzione programmata (es 1 g. al mese) al domicilio per consentire al caregiver il recupero di spazi propri</p> <p><input type="checkbox"/> sostituzione domiciliari di sollievo in caso di assenza programmata del caregiver per motivi clinici o per altre necessità</p> <p><b>SOSTITUZIONE IN EMERGENZA</b></p> <p><input type="checkbox"/> sostituzione nelle situazioni impreviste di temporanea impossibilità ad assistere da parte del caregiver</p> <p><b>ATTIVITÀ DI SUPPORTO PRATICO</b></p>
	<p><input type="checkbox"/> favorire la ricerca di un assistente familiare in caso di necessità sopravvenuta</p> <p><input type="checkbox"/> favorire il raccordo e l'attivazione della rete di associazionismo e volontariato territoriale</p> <p><input type="checkbox"/> affiancamento e supporto dell'intervento assistenziale anche a distanza</p> <p><b>ALTRO</b></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>Misure di tutela e conciliazione dei tempi in favore del caregiver familiare come soggetto individuale/cittadino</b></p>	



AL CONSORZIO SOCIALE RI1

**RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLO "STATUS" DI  
CAREGIVER FAMILIARE**



IL/LA SOTTOSCRITTO/A

<b>Nome</b>	
<b>Cognome</b>	
<b>Data E Luogo Di Nascita</b>	
<b>Indirizzo Di Residenza</b>	
<b>Codice Fiscale</b>	
<b>Cittadinanza</b>	
<b>Attuale Stato Civile</b>	<input type="checkbox"/> Nubile/Celibe <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Coniugato <input type="checkbox"/> Separato <input type="checkbox"/> Divorziato <input type="checkbox"/> Vedovo
<b>Titolo Di Studio</b>	

COMUNE DI MORRO REATINO  
Protocollo Arrivo N. 1206/2025 del 24-05-2025  
Allegato 3 - Class. 1 - Copia Documento

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

### DICHIARA

di essere "CAREGIVER FAMILIARE" (persona che presta volontariamente cura ed assistenza come previsto all'art 2 comma 1 della L.R.5/24)

#### A.1 DATI DELL' ASSISTITO

Nome E Cognome	
Data Di Nascita	
Residenza	
Da Quando È In Condizione Di Disabilità	
Certificazioni	<input type="checkbox"/> Art 3 Comma 3 <input type="checkbox"/> Indennità Di Accompagno
Tipologia Di Difficoltà Prevalenti	<input type="checkbox"/> Motorie <input type="checkbox"/> Cognitive <input type="checkbox"/> Relazionali <input type="checkbox"/> Altro Specificare _____
L'assistito Può Essere Lasciato Solo?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Per Poco Tempo (Max _____ Min./Ore)

#### A.2 RAPPORTI DI PARENTELA CON L'ASSISTITO

- coniuge;
- altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso ai sensi dell'articolo 1, comma 20 della legge 20 maggio 2016, n. 76
- convivente di fatto ai sensi ai sensi dell'articolo 1, comma 36 della legge 20 maggio 2016, n. 76;
- familiare o affine entro il secondo grado;
- familiare entro il terzo grado (mancanza o decesso dei genitori o del coniuge o della parte di un'unione civile o del convivente di fatto, ovvero qualora gli stessi siano affetti da patologie invalidanti o abbiano compiuto i sessantacinque anni di età)
- NON FAMILIARE convivente con la persona bisognosa di cura ed assistenza garantendone la permanenza nel proprio ambiente familiare.

DICHIARA INOLTRE:

**B.1 CONDIZIONE LAVORATIVA**

sto attualmente lavorando dall'anno _____ con n. ____ anni di contributi	<input type="checkbox"/> dipendente pubblico <input type="checkbox"/> dipendente privato <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo
ore di impegno lavorativo giornaliero	
essere care giver ha comportato	<input type="checkbox"/> riduzione orario lavoro <input type="checkbox"/> rimodulazione attività lavorativa <input type="checkbox"/> uso smart working <input type="checkbox"/> nessun cambiamento lavorativo
utilizzo permessi previsti dalla legge	permessi l.104 congedi per n° ore mensili _____

ho dovuto rinunciare al lavoro	<input type="checkbox"/> si per fare care giver <input type="checkbox"/> si per altro <input type="checkbox"/> no
attualmente la mia occupazione e'	<input type="checkbox"/> pensionato <input type="checkbox"/> non occupato/in cerca di lavoro <input type="checkbox"/> in aspettativa ma intenzionato a tornare al lavoro <input type="checkbox"/> impossibilitato a lavorare a causa del ruolo di care giver <input type="checkbox"/> mai entrato ne mondo del lavoro a causa del ruolo di care giver <input type="checkbox"/> studente

il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella domanda ai sensi del dlgs 196/2003 e s.m.i e ai sensi del regolamento ue 2016/679 e s.m.i. e dichiara di essere informato che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti

Luogo e data

Firma del Caregiver familiare

(si allega copia di un documento di identità in corso di validità)

(PARTE DA COMPILARE IN FASE DI COLLOQUIO)

**B.3.1 L'ASSISTITO È IN GRADO DI:**

organizzare la propria giornata in autonomia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
ha una giusta percezione del contesto esterno?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
l'assistito è in grado di gestire in autonomia i rapporti sociali?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
è capace di organizzare i servizi di assistenza quotidiani?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
esprime le proprie esigenze in modo comprensibile?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**B.3.2 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 \_\_\_\_\_

**B.3 IMPATTO ASSISTENZIALE SUL BENESSERE PSICOFISICO RELAZIONALE DEL CARE GIVER**

convive con l'assistito	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
da quanto tempo		
la convivenza è dettata dalla disabilità	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
l'assistito è in struttura	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**B.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

ci sarebbe qualcuno che potrebbe sostituirla temporaneamente nel suo ruolo di caregiver?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
potrebbe trovare qualcuno facilmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
se si è una persona che appartiene al quotidiano dell'assistito?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

potrebbe indicarla? \_\_\_\_\_

che rapporto ha con l'assistito? \_\_\_\_\_

per quanto potrebbe sostituirla? \_\_\_\_\_

### **B.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?

- si
- no

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**

---

---

---

**FIRMA CAREGIVER**

---

**FIRMA OPERATORE PUA**

---