

## PROGETTO UP-TECH

### QUESTIONARIO SULLE CONDIZIONI DI SALUTE E DI VITA DELLE PERSONE CON DEMENZA E DEI LORO CAREGIVER

Codice univoco del questionario:

Distretto/ ATS		Person-ID		

**Aggiornamento sul punteggio MINIMENTAL della PERSONA CON DEMENZA \* \_\_\_\_\_**

Data dell'intervista (GG/MM/AA)

 /  / 

• Orario inizio intervista (hh:mm)

 / 

• Orario fine intervista (hh:mm)

 / 

Codice dell'intervistatore (interv-ID) \_\_\_\_\_

Codice identificatore paziente (idpazprog) \_\_\_\_\_

## INTERVISTA 3

## INTERVISTA 3 - Indice delle sezioni

- A. Informazioni generali del paziente (RIDOTTA)
- B. Informazioni di screening del paziente
- C. Valutazione clinica del paziente
- ~~D. Aspetti demografici e socio-economici del caregiver~~
- ~~E. Stile di vita del caregiver~~
- F. Valutazione Clinica del Caregiver
- ~~G. Misurazioni antropometriche del caregiver~~
- h-0. Informazioni generali del caregiver di riferimento (NUOVA!)
- H. La relazione di caregiving (RIDOTTA)
- I. Consumo di risorse da parte del paziente attribuibili alla patologia di Alzheimer
- T. Modulo specifico per gli utenti che hanno ricevuto le tecnologie (NUOVA!)
- CM. Modulo specifico per gli utenti che hanno ricevuto il case-manager

### **DIARIO INFERMIERISTICO**

#### **SEZIONE DA COMPILARE IN CASO DI PERDITE AL FOLLOW-UP**

Specificare il motivo della mancata intervista

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| a) il paziente/caregiver rifiuta l'intervista | <input type="checkbox"/> |
| • indicare motivo _____                       |                          |
| b) decesso paziente                           | <input type="checkbox"/> |
| c) decesso caregiver                          | <input type="checkbox"/> |
| d) cambio caregiver                           | <input type="checkbox"/> |
| e) trasferimento paziente/caregiver           | <input type="checkbox"/> |
| f) Istituzionalizzazione del paziente         | <input type="checkbox"/> |
| g) altro motivo                               | <input type="checkbox"/> |
| • Indicare il motivo _____                    |                          |

**SEZIONE A. INFORMAZIONI GENERALI DEL PAZIENTE**

----(1-8)----

<b>9. CON CHI VIVE ABITUALMENTE LA PERSONA</b>	
1. Da solo	2. Con il coniuge/convivente
4. Con un figlio ma non con il coniuge	5. Con un genitore o tutore legale
6. Con fratelli/sorelle	7. Con altri parenti
	8. Con altre persone, non parenti

----(10-11)----

<b>12. DUE CAREGIVER INFORMALI PRINCIPALI</b>	Caregiver
<b>a. Rapporto di parentela/relazione con la persona</b>	1 2
1. Figlio o nuora/genero	6. Altro parente
2. Coniuge	7. Amico
3. Convivente	8. Vicino di casa
4. Parente/tutore legale	9. Nessun aiuto
5. Fratello/sorella	
<b>b. Vive con la persona</b>	
0. No	2. Sì, da più di 6 mesi
1. Sì, da meno di 6 mesi	8. Nessun aiuto informale

----(13)----

**SEZIONE B. INFORMAZIONI DI SCREENING SUL PAZIENTE**

<b>1. CAPACITA' DI PRENDERE LE DECISIONI QUOTIDIANE</b> <i>Come la persona prende le decisioni circa l'organizzazione della giornata (es. quando alzarsi o mangiare, cosa indossare o cosa fare)</i>	
0. Indipendente 1. Semi-indipendente/compromesso	
<b>2. AUTONOMIA NELLE ADL</b> <i>Codifica per tutti gli episodi verificatisi nei 3 giorni precedenti</i> <i>Se il livello di autonomia in una ADL è lo stesso in tutti gli episodi, codifica per quel livello.</i> <i>Se un singolo episodio è codificabile come livello 6, ma negli altri episodi il livello di dipendenza è meno grave, codifica quella ADL come 5.</i> <i>Se in generale il paziente è autonomo in una ADL, ma in un singolo episodio ha avuto bisogno di organizzazione, codifica quella ADL come 1.</i> <i>Negli altri casi considera l'episodio di <u>minore</u> dipendenza (da 2 a 5)</i>	
0. INDIPENDENTE – nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione 1. ORGANIZZAZIONE – mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in una occasione 2. SUPERVISIONE - controllo, incoraggiamento o suggerimento 3. ASSISTENZA LIMITATA - aiuto fisico nella manovra guidata degli arti, senza necessità di sostenere il peso del corpo 4. ASSISTENZA INTENSIVA - aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività 5. MASSIMA ASSISTENZA - aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività 6. DIPENDENZA TOTALE – l'attività viene svolta completamente da un'altra persona 8. ATTIVITA' MAI ESEGUITA (durante l'intero periodo)	
<b>a. USO DELLA VASCA/DOCCIA</b> - Come il cliente esegue il trasferimento nella vasca/doccia e come viene lavata ogni parte del corpo: braccia e gambe, torace, addome, perineo [ESCLUSO il lavaggio della schiena e dei capelli].	
<b>b. IGIENE PERSONALE</b> – Come cura l'igiene personale compreso pettinarsi, lavarsi i denti, farsi la barba, truccarsi, lavarsi/asciugarsi la faccia e le mani, farsi il bidet [ESCLUSO bagno e doccia]	
<b>c. VESTIRE LA PARTE SUPERIORE DEL CORPO</b> - Come il cliente veste la parte superiore del corpo, compreso come indossa protesi, apparecchi ortopedici, come abbottona i vestiti, ecc.	
<b>d. VESTIRE LA PARTE INFERIORE DEL CORPO</b> - Come il cliente veste la parte inferiore del corpo, compreso come indossa protesi, apparecchi ortopedici, cinture, scarpe e come si abbottona i vestiti	
<b>e. CAMMINARE</b> – Come cammina tra diversi punti dell'abitazione sullo stesso livello	
<b>f. LOCOMOZIONE</b> – Come si muove tra diversi luoghi posti su uno stesso piano (camminando o su sedia a rotelle).	
<b>g. TRASFERIMENTO SUL W.C.</b> – come esegue il trasferimento sul W.C. (o sulla comoda)	
<b>h. USO DEL W.C.</b> – Come usa il W.C. (o la comoda, o la padella, o il pappagallo), come si pulisce (anche in caso di episodio/i di incontinenza), come cambia il pannolone, come gestisce la colostomia o il catetere, come si sistema i vestiti [escluso trasferirsi su/dal W.C.]	
<b>i. MOBILITA' A LETTO</b> - Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto	
<b>j. MANGIARE</b> – Come si alimenta (inclusa nutrizione con sondino naso-gastrico o con nutrizione parenterale)	



6. Autonomia nelle IADL		(A)	(B)
<p>Codificare <u>per l'autonomia</u> del cliente nelle attività consuete in casa o al di fuori DURANTE GLI ULTIMI 3 GIORNI            Codificare <u>per la difficoltà</u>, basandosi sulla presunta capacità del cliente di portare a termine una determinata IADL.            Questa valutazione richiede una "speculazione" circa le risorse residue del paziente.</p> <p>CODICI:</p> <p>0. <b>INDIPENDENTE</b> – non ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto</p> <p>1. <b>ORGANIZZAZIONE</b></p> <p>2. <b>SUPERVISIONE</b> – controllo, incoraggiamento, suggerimento</p> <p>3. <b>ASSISTENZA LIMITATA</b> – aiuto in alcune occasioni</p> <p>4. <b>ASSISTENZA INTENSIVA</b> – aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da solo il 50% dell'attività</p> <p>5. <b>MASSIMA ASSISTENZA</b> – aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere meno del 50% dell'attività da solo</p> <p>6. <b>DIPENDENZA TOTALE</b> – l'attività viene svolta completamente da altri</p> <p>8. <b>ATTIVITA' NON ESEGUITA</b></p>		<b>Autonomia</b>	<b>Difficoltà</b>
<b>a. PREPARAZIONE DEI PASTI</b> - Come prepara i pasti (p.es, programmare i pasti, cuocere, preparare il cibo, usare gli utensili)			
<b>b. LAVORI DOMESTICI USUALI</b> – Come compie i lavori domestici usuali in casa (p.es, lavare i piatti, spolverare, rifare il letto, mettere in ordine, fare il bucato)			
<b>c. USO DEL DENARO</b> - Come paga i conti, gestisce il libretto degli assegni, tiene le spese di casa			
<b>d. GESTIONE DEI FARMACI</b> - Come gestisce i farmaci (p.es, ricordarsi di prendere le pillole, aprire i flaconi, prendere le dosi giuste, fare le iniezioni, applicare pomate)			
<b>e. USO DEL TELEFONO</b> - Come fa o riceve telefonate (se necessario con ausili come grandi numeri sulla tastiera, amplificatore acustico)			
<b>f. FARE LE SCALE</b> – Come il cliente è in grado di salire una rampa di scale (12-14 gradini)			
<b>g. FARE LA SPESA</b> - Come fa la spesa per il vitto e le cose di casa (p.es, scelta delle cose, uso dei soldi)			
<b>h. USO DEI TRASPORTI</b> - Come il cliente si sposta con i mezzi (p.es, va in luoghi non raggiungibili a piedi)			
<p>7. <b>CAMBIAMENTI NEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ADL NEGLI ULTIMI 90 GIORNI (o dall'ultima valutazione se avvenuta prima di 90 giorni)</b></p> <p>0. Migliorata                      2. Peggiorata</p> <p>1. Nessun cambiamento      8. Non valutabile</p>			
<p>8. <b>DIAGNOSI DI MALATTIA</b></p> <p><i>Codice delle diagnosi</i></p> <p>1. Diagnosi principale; non in trattamento      2. Diagnosi presente, in trattamento;      3. Diagnosi presente, monitorizzata ma</p> <p><i>Malattia</i>                      <i>Codice</i>      <i>Codice ICD-9</i></p> <p>a. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>b. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>c. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>d. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>[Nota: se necessario aggiungere altre righe]</p>			
<p>9. <b>CADUTE</b></p> <p>0. Nessuna caduta negli ultimi 90 giorni      1. 1 o più cadute negli ultimi 90 giorni</p>			
<p>10. <b>FREQUENZA DEI PROBLEMI</b> - Codifica per la presenza del problema negli ultimi 3 giorni</p> <p>0. Non presente</p> <p>1. Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni</p> <p>2. Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni</p> <p>3. Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni</p> <p>4. Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni</p> <p>a. <b>Vertigini (anche senso di sbandamenti o da cambi posturali)</b></p> <p>b. <b>Dolore toracico (es dolore anginoso)</b></p> <p>c. <b>Tosse (di nuova insorgenza o peggiorata)</b></p> <p>d. <b>Edemi periferici</b></p>			

<p><b>11. DOLORE</b>  <i>[Nota- indagare sempre circa la presenza e l'intensità]</i></p> <p><b>a. Frequenza con cui la persona lamenta o mostra segni di dolore (inclusendo smorfie, digrignare i denti, reazioni di difesa quando toccato o altri segni non verbali che suggeriscono dolore)</b></p> <p>0. Nessun dolore  1. Presente ma non manifestatosi nelle ultime 24 ore  2. Manifestatosi nelle ultime 24 ore</p> <p><b>b. Intensità del dolore (codifica per il livello più alto di intensità)</b></p> <p>0. Nessun dolore                      3. Severo  1. Lieve                                      4. A volte  2. Moderato                                terribile o insopportabile</p>	
<p><b>12. FUMO (la persona ha fumato negli ultimi 3 giorni)</b></p> <p>0. No  1. Non negli ultimi 3 giorni, ma è un fumatore abituale  2. Sì</p>	
<p><b>13. VALUTAZIONE NUTRIZIONALE</b></p> <p><b>a. NEGLI ULTIMI 3 GIORNI, notevole riduzione dell'apporto di cibo o di liquidi rispetto al solito</b></p> <p>0. No                                      1. Sì</p> <p><b>b. Perdita di peso del 5% o più negli ULTIMI 30 GIORNI, o del 10% o più negli ULTIMI 180 GIORNI</b></p> <p>0. No                                      1. Sì</p> <p><b>c. Dieta speciale</b></p> <p>0. No                                      1. Sì</p>	
<p><b>14. MODALITA' DI ALIMENTAZIONE</b></p> <p>0. Normale – appropriata deglutizione di alimenti di qualsiasi consistenza  1. Normale ma da rivalutare – liquidi sorseggiati e ridotta assunzione di cibi solidi  2. Necessita di modifiche dietetiche per deglutire cibi solidi  3. Necessita di modifiche dietetiche solo per deglutire cibi liquidi  4. Necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi  5. Nutrizione combinata orale e enterale/parenterale  6. Solo nutrizione tramite sondino naso-gastrico  7. Solo nutrizione tramite gastrostomia (es. PEG)  8. Solo nutrizione parenterale  9. Nessun apporto di cibo per via orale</p>	
<p><b>15. STADIO PIU' GRAVE DI ULCERA DA PRESSIONE</b></p> <p>0. Nessuna ulcera da pressione  1. Area di arrossamento cutaneo persistente  2. Perdita di strati superficiali di cute  3. Perdita di strati profondi di cute  4. Perdita a tutto spessore di cute e sottocute con esposizione di muscolo ed osso  5. Non stadiabile (es. per la presenza di escara necrotica)</p>	
<p><b>16. ULCERE CUTANEE (NON DA PRESSIONE) — Es. Ulcere venose, arteriose, neurotrofiche, piede diabetico</b></p> <p>0. No                                      1. Sì</p>	
<p><b>17. ALTRI PROBLEMI CUTANEI — Es., lesioni, ustioni di secondo o terzo grado, ferite chirurgiche in via di guarigione</b></p> <p>0. No                                      1. Sì</p>	
<p><b>18. LESIONI TRAUMATICHE — Es., fratture, gravi lesioni risultanti da incidenti stradali o aggressioni</b></p> <p>0. No                                      1. Sì</p>	
<p>----(19-21)-----</p>	

## SEZIONE F. VALUTAZIONE CLINICA DEL CAREGIVER

1. Qui di seguito sono elencate una serie di domande che intendono valutare cosa Lei pensa della Sua salute. Risponda a ciascuna domanda del questionario indicando la Sua risposta come mostrato di volta in volta. Se non si sente certo della risposta, effettui la scelta che comunque Le sembra migliore. (Segnare una risposta per ciascun'affermazione)

	<i>Eccellente</i>	<i>Molto buona</i>	<i>Buona</i>	<i>Passabile</i>	<i>Scadente</i>	
a) In generale, direbbe che la Sua salute è	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La sua salute La limita attualmente....		<i>SI, mi limita parecchio</i>	<i>SI, mi limita parzialmente</i>		<i>NO, non mi limita per nulla.</i>	
b) .....nello svolgimento di attività di moderato impegno fisico (spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
c) .....nel salire qualche piano di scale ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
d) Nelle ultime 4 settimane.... .....ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della sua salute fisica?			<i>No</i>		<i>Si</i>	
e) .....ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività, a causa della sua salute fisica ?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
f) .....ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso) ?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
g) .....ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
h) Nelle ultime 4 settimane.... in che misura il dolore l'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa) ?	<i>Per nulla</i>	<i>Molto poco</i>	<i>Un po'</i>	<i>Molto</i>	<i>Moltissimo</i>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane.... .....si è sentito calmo e sereno?	<i>Sempre</i>	<i>Quasi sempre</i>	<i>Molto tempo</i>	<i>Una parte del tempo</i>	<i>Quasi mai</i>	<i>Mai</i>
l) .....si è sentito pieno di energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) .....si è sentito scoraggiato e triste? .....la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) .....la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Qui di seguito sono elencate una serie di affermazioni su come Lei può sentirsi. Per ogni affermazione, indichi la risposta che più si avvicina a come Lei si è sentito NEL CORSO DELL'ULTIMA SETTIMANA (Segnare una risposta per ciascun'affermazione)					
		<i>Mai</i>	<i>A volte</i>	<i>Per molto tempo</i>	<i>Per la maggior parte del tempo</i>
a)	Mi sono sentito teso o molto nervoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Proprio come una volta</i>	<i>Non proprio come una volta</i>	<i>Solo in parte</i>	<i>Per niente</i>
b)	Sono riuscito ancora a provare piacere per le cose che ho sempre fatto volentieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Per niente</i>	<i>Un po', ma non da preoccuparmene</i>	<i>Si ma in maniera non molto intensa</i>	<i>Sicuramente e in maniera intensa</i>
c)	Ho provato un sentimento di paura, come se potesse accadere qualcosa di terribile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Proprio come ho sempre fatto</i>	<i>Non proprio come un tempo</i>	<i>Sicuramente non come un tempo</i>	<i>Per niente</i>
d)	Sono riuscito a vedere il lato divertente delle cose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Solo in qualche occasione</i>	<i>A volte, ma non molto spesso</i>	<i>Per molto tempo</i>	<i>Per la maggior parte del tempo</i>
e)	Mi sono venuti in mente pensieri preoccupanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Per la maggior parte del tempo</i>	<i>A volte</i>	<i>Raramente</i>	<i>Mai</i>
f)	Mi sono sentito di buonumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Sempre</i>	<i>Spesso</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Mai</i>
g)	Ho potuto sedermi sentendomi rilassato e a mio agio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Mai</i>	<i>A volte</i>	<i>Molto spesso</i>	<i>Quasi sempre</i>
h)	Mi sono sentito rallentato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Mai</i>	<i>A volte</i>	<i>Piuttosto spesso</i>	<i>Molto spesso</i>
i)	Mi sono sentito nervoso, come con un senso di tensione allo stomaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Me ne prendo cura come al solito</i>	<i>Forse non me ne prendo cura abbastanza</i>	<i>Non me ne prendo cura quanto dovrei</i>	<i>Completamente</i>
k)	Ho perso interesse per il mio aspetto fisico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Per niente</i>	<i>Non molto</i>	<i>Molto</i>	<i>Moltissimo</i>
l)	Mi sono sentito irrequieto e incapace di star fermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Così come ho sempre fatto</i>	<i>Un po' meno di una volta</i>	<i>Sicuramente meno di una volta</i>	<i>Per niente</i>
m)	Ho pensato al futuro con ottimismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Mai</i>	<i>Non molto spesso</i>	<i>Piuttosto spesso</i>	<i>Molto spesso</i>
n)	Mi sono venute improvvise crisi di panico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Spesso</i>	<i>A volte</i>	<i>Non di frequente</i>	<i>Molto raramente</i>
o)	Ho provato piacere leggendo un buon libro o seguendo la radio o la televisione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## SEZIONE H-0. INFORMAZIONI GENERALI DEL CAREGIVER DI RIFERIMENTO

1. NOME E COGNOME	
_____	
2. SESSO	
1. Maschio	2. Femmina
3. DATA DI NASCITA	
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Giorno	Mese Anno
4. Codice fiscale	
<input type="text"/>	

## SEZIONE H. LA RELAZIONE DI CAREGIVING

1. In media, quante ore a settimana Lei dedica all'assistenza del Paziente?	_____ ore
2. A quante altre persone che non sono anziane (ad es. figli ecc.) Lei fornisce aiuto o supporto?	_____ n.
3. Nel complesso, quante ore alla settimana dedica all'assistenza di tutte le altre persone, escluso il Paziente?	_____ ore
..... (4)	
5-1. Sono intercorsi cambiamenti di domicilio da parte sua o del paziente dal momento dell'ultima intervista? 0. No 1. Sì	
5. (in caso di risposta affermativa) Dove vivete, Lei e il Paziente?	
a) Nella stessa casa	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
b) In diversi appartamenti ma nello stesso palazzo	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
c) Ad una distanza raggiungibile a piedi	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
d) A 10 minuti di viaggio in auto, bus o treno	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
e) A 30 minuti di viaggio in auto, bus o treno	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
f) A non più di 1 ora di viaggio in auto, bus o treno	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
g) Ad oltre 1 ora di viaggio in auto, bus o treno	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
6. Altre persone della famiglia oltre a lei sono impegnate nell'assistenza al Paziente? 0. No 1. Sì	
7. Se sì, può elencare il loro grado di parentela con il paziente (utilizzando le categorie della precedente risposta 4) ed il numero di ore in cui queste persone sono impegnate mediamente in una settimana?	
a) _____	Ore _____
b) _____	Ore _____
c) _____	Ore _____
d) _____	Ore _____
..... (8-17)	

**18. Le prossime domande si riferiscono invece a Lei che assiste il suo congiunto malato; risponda segnando con una croce la casella che più si avvicina alla sua condizione o alla sua personale impressione (Segnare una risposta per ciascun'affermazione)**

	Per nulla	Un poco	Moderatamente	Parecchio	Molto
a) Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
b) Il mio familiare è dipendente da me	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
c) Devo vigilarlo costantemente	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
d) Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
	Per nulla	Un poco	Moderatamente	Parecchio	Molto
e) Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
f) Sento che mi sto perdendo vita	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
g) Desidererei poter fuggire da questa situazione	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
h) La mia vita sociale ne ha risentito	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
i) Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
l) Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
m) Non riesco a dormire a sufficienza	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
n) La mia salute ne ha risentito	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
o) Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
p) Sono fisicamente stanca	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
q) Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
r) I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
s) Ho avuto problemi con il coniuge	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
t) Sul lavoro non rendo come di consueto	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
u) Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
v) Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
w) Mi vergogno di lui/lei	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
x) Provo del risentimento nei suoi confronti	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
y) Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
z) Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

## SEZIONE I. CONSUMO DI RISORSE DA PARTE DEL PAZIENTE

1. (DA RIVOLGERE AL CAREGIVER) Ci potrebbe elencare i FARMACI IMPIEGATI PER LA GESTIONE DELLE COMPLICANZE DELL'ALZHEIMER periodo intercorso tra questa rilevazione e la precedente?

	Nome farmaco ▼ <sub>1</sub>	n. unità posologiche giornaliere ▼ <sub>2</sub>	Freq. Settimana ▼ <sub>3</sub>	Data inizio ▼ <sub>4</sub>	In uso (SI/NO) ▼ <sub>5</sub>	Data fine ▼ <sub>6</sub>	Farmaco in convenzione (si/no) ▼ <sub>7</sub>
a)							
b)							
c)							
d)							
e)							
f)							
f)							

2. ALTRI FARMACI UTILIZZATI nel periodo intercorso tra questa rilevazione e la precedente?

	Nome farmaco ▼ <sub>1</sub>	n. unità posologiche giornaliere ▼ <sub>2</sub>	Freq. Settimana ▼ <sub>3</sub>	Data inizio ▼ <sub>4</sub>	In uso (SI/NO) ▼ <sub>5</sub>	Data fine ▼ <sub>6</sub>	Farmaco in convenzione (si/no) ▼ <sub>7</sub>
a)							
b)							
c)							
d)							
e)							
f)							
f)							

3. Esami e visite di monitoraggio effettuati nel periodo intercorso tra questa rilevazione e la precedente  
(Nota: non includere esami effettuati in regime di accesso ospedaliero)

	Tipo esame/visita ▼ <sub>1</sub>	N. Esami ▼ <sub>2</sub>	Esame Convenzionato SSN ▼ <sub>3</sub>
a)			0. No      1. Sì
b)			0. No      1. Sì
c)			0. No      1. Sì
d)			0. No      1. Sì
e)			0. No      1. Sì

**4. Altri interventi sanitari, sociali e socio-sanitari utilizzati nel periodo intercorso tra questa rilevazione e la precedente? (rimborsati dal SSN o forniti dal Comune gratuitamente, o dietro pagamento di ticket o di tariffa per la compartecipazione alla spesa)**

Descrizione intervento		Inserire dati nella colonna/e appropriata/e		
		Si/No ▼ <sub>0</sub>	N. tot. giorni assistenza ▼ <sub>1</sub>	N. ore per prestazione ▼ <sub>2</sub>
a)	Visite domiciliari del MMG (ADP)	0. No 1. Sì		
b)	Assistenza domiciliare integrata (ADI)	0. No 1. Sì		
c)	Visita specialistica ambulatoriale	0. No 1. Sì		
d)	Servizi di assistenza domiciliare (SAD) del Comune	0. No 1. Sì		
e)	Inserimento in residenza sanitaria assistita (RSA)	0. No 1. Sì		
f)	Centro Diurno	0. No 1. Sì		
g)	Gruppo di Mutuo Aiuto:	0. No 1. Sì		
h)	Altro, specificare:	0. No 1. Sì		
<b>4-1.</b>	<b>Utilizzo servizi emergenza/urgenza</b>	<b>Si/No</b> ▼ <sub>0</sub>	<b>N. eventi ultimi 6 mesi</b> ▼ <sub>1</sub>	<b>Dettaglio</b> ▼ <sub>2</sub>
a)	Ospedalizzazione	0. No 1. Sì		<b>N. giornate</b>
b)	Pronto Soccorso	0. No 1. Sì		<b>Degenza OBI</b> 0. No 1. Sì
c)	Guardia Medica	0. No 1. Sì		

**5. Ricorso ad assistenza privata e cura nel periodo intercorso tra questa rilevazione e la precedente? (Nota: inserire i servizi a carico del paziente/ caregiver, non rimborsati dal SSN)**

Tipologia professionista		Inserire dati nella colonna/e appropriata/e				
		Si/No ▼ <sub>0</sub>	Numero ore/settimana ▼ <sub>1</sub>	Remunerazione oraria (€/h) ▼ <sub>2</sub>	Numero prestazioni ▼ <sub>3</sub>	Remunerazione a prestazione ▼ <sub>4</sub>
a)	Assistente Familiare (Badante)	0. No 1. Sì				
b)	Infermiere	0. No 1. Sì				
c)	Visite mediche	0. No 1. Sì				
d)	Altro, specificare_____	0. No 1. Sì				

## T. MODULO SPECIFICO PER UTENTI CHE HANNO RICEVUTO LE TECNOLOGIE

1. Può esprimere un giudizio complessivo sul kit tecnologico che ha ricevuto nell'ambito del progetto?

- Molto buono
- Buono
- Mediocre
- Scarso
- Pessimo

2. Pensa che il kit possa permetterLe di allentare il controllo sul proprio assistito o invece è fonte ulteriore di stress?

*Mai*

*A volte*

*Piuttosto spesso*

*Molto spesso*

3. Le è capitato di ricevere falsi allarmi da parte del sistema?

*No mai*

*Si*

3.a. Se si quante volte? \_\_\_\_\_

4. È mai capitato di evitare eventi avversi (ad es. perdite di gas, principi di incendi, allagamenti, fughe da casa o intrusioni, etc.) grazie al sistema?

*No mai*

*Si*

3.a. Se si quante volte? \_\_\_\_\_

## CM. MODULO SPECIFICO PER UTENTI CHE HANNO RICEVUTO IL CASE-MANAGER

1. Può esprimere un giudizio complessivo sull'aiuto che ha ricevuto dal case-manager assistente sociale nell'ambito del progetto?

- Molto buono
- Buono
- Mediocre
- Scarso
- Pessimo

**DIARIO INFERMIERISTICO**

<b>PROBLEMA</b>	<b>INTERVENTO PROPOSTO</b>

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**LA FAMIGLIA UTILIZZA IL DISPENSER IT**

**0. No 1. Sì**

**LA FAMIGLIA UTILIZZA IL CALENDARIO UT**

**0. No 1. Sì**