# Allegato 2 Sezione Caregiver familiare

**1 ANAGRAFICA CAREGIVER**

Sig.ra/ Sig.: Nome ........................... Cognome …………………….…….. Sesso (M/F) ……… Nata/o il : ........... a: …………………………………….

Residente a: .................. …………………..Prov. ….In via: ........................................................................... tel. ......................

domiciliata/o a:  .................................. In via: ......................................... tel: ...................... Cellulare: …………………………..

E-mail: ………………………………………………………………………………………………….… Codice fiscale: ………………………………………………..

Caregiver principale? □ SI □ NO E’ convivente con la persona assistita? □ SI □ NO

Stato civile:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ Celibe/nubile | □ Coniugata/coniugato | □ Convivente more uxorio | □ Unione civile |
| □ Separata/separato | □ Divorziata/divorziato | □ Vedova/vedovo |  |

Titolo studio:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ licenza elementare | □ licenza media inferiore | □ diploma di qualifica professionale | □ diploma media superiore |
| □ laurea | □ laurea magistrale | □ non noto | □ …………………………. |

Condizione Professionale

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □ Occupato  Profilo professionale: □ lavoratore dipendente □ libero professionista □ dirigente o imprenditore □ ……………………………… | | | | |
| □ disoccupato | | □ inoccupato | □ pensionato | □ studente/studentessa |
| □ Invalido - Grado ………… | □ congedo parentale (legge 104/92) | | □ □ Non noto |  |

Rapporto di parentela / legame con l’assistito

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ Figlia/o | □ Genitore | □ Sorella/Fratello | □ Nonna/o | □ Coniuge/Compagna/o | □ Nipote | □ Altro Parente | □ Amica/o | □ Altro |

**Impegno come caregiver**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Da quanto tempo si occupa della persona malata? |  | Attività assistenziali svolte |
| Per quante ore nell’arco della giornata |  | …………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………… |
| Per quanti giorni alla settimana? |  |
| Quanto tempo trascorre da solo con la persona assistita? |  |
| Si prende cura o aiuta altri componenti famiglia/ altre persone? |  |
| Per quante ore nell’arco della giornata? |  |
| Per quanti giorni alla settimana? |  |
| Note………………….. |  |

**2 RETE FAMILIARE E SOCIALE (anche informale) del caregiver**

*In questa sezione occorre indicare se ci sono una o più persone su cui può contare il caregiver; la sezione può essere aggiornata e modificata nel tempo. E’ uno strumento che può esplicitare il panorama delle risorse di rete amicali e parentali attivabili a sostegno del caregiver.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Descrizione | Nome e Cognome | Anno di nascita | Convivente con il caregiver principale? Sì/No | Caregiver familiare sostituto/di supporto? Sì/No | Recapito telefonico |
| * Nessuno |  |  |  |  |  |
| * Partner /coniuge |  |  |  |  |  |
| * Figlio/figlia |  |  |  |  |  |
| * Fratello / sorella |  |  |  |  |  |
| * Padre /madre |  |  |  |  |  |
| * Altro parente ………. |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| * Amico /amica |  |  |  |  |  |
| * Assistente familiare |  |  |  |  |  |
| * Volontario/a |  |  |  |  |  |
| * Altro ………………… |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Note: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......

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

**Servizi/interventi attivi a supporto del caregiver:**

□…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

□………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

□………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**3 Rilevazione dello stress del caregiver**

Valutazione di screening orientata a rilevare una condizione generale di stress, disagio emozionale e relazionale (a cura di operatori sanitari e sociali). Questa prima valutazione può già fornire elementi utili per attivare specifici interventi di sostegno al caregiver familiare ovvero evidenziare la necessità di invio ad un secondo livello (approfondimento specialistico).

Per questo primo livello, può essere utilizzata la scala “**Zarit”** – Strumento che valuta una condizione di carico comprensivo di fattori emotivi, relazionali e materiali che gravano sul caregiver di una persona in condizione di disabilità. Combina una valutazione sulla condizione soggettiva del carico con quella relativa alla qualità di vita. E’ idoneo all’auto compilazione da parte del caregiver familiare. Item complessivi 22.

Sintesi degli esiti della rilevazione dello stress del caregiver effettuata in data ………….

Risultato della valutazione

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

Aree di maggiore stress / burden per il caregiver

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

Necessità di attivare interventi specifici di sostegno

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

Necessità di invio a secondo livello di valutazione / consulenza specialistica

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

Qualora il risultato della scala di Zarit auto compilata dal Caregiver, faccia emergere la necessità di un intervento più approfondito, potrà essere attivata una valutazione specialistica di secondo livello, orientata a monitorare i livelli di stress o la presenza di sintomatologia conseguente al disagio reattivo, attraverso l’utilizzo di altri strumenti, alcuni dei quali sono elencati di seguito.

Strumento utilizzato (da allegare al progetto se compilato):

* **CBI- CAREGIVER BURDEN INVENTORY**

Data: …………….

Esito: ………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………

* **PERCEIVED STRESS SCALE**

Data: …………….

Esito: ………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………

* **PARENTING STRESS INDEX**

Data: …………….

Esito: ………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………

* **ALTRO ……………………………………………………...**

Data: …………….

Esito: ………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………

**4 ANALISI DEI BISOGNI DEL CAREGIVER e Identificazione OBIETTIVI e INTERVENTI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bisogni** | **Obiettivi** | **Interventi** |
| **INFORMATIVI e FORMATIVI** | **Individuare gli obiettivi specifici** (anche ai fini della verifica) | **INFORMATIVI e FORMATIVI** |
| * Informazione e orientamento sulla rete dei servizi esistenti (sia servizi pubblici, che privati, che opportunità offerte dall'associazionismo e volontariato) * Informazioni e consulenze specifiche (es. legale, tecniche, specialistiche, ecc.) * Conoscenza ed empowerment del ruolo del caregiver familiare * Migliorare la conoscenza della malattia (inclusi cure e trattamenti farmacologici e non); dei disturbi dell’assistito e incrementare il senso di autoefficacia nella gestione * Migliorare la consapevolezza dell'importanza del mantenimento di sani stili di vita * Migliorare la consapevolezza per la prevenzione di rischi specifici (es. cadute, incidenti domestici, ecc.) * Bisogno di addestramento per le attività assistenziali specifiche da garantire all'assistito * Altro……………………………………………………………… | ………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………….…   ………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………..…….… | * Dare informazioni sui percorsi socio-assistenziali e socio-sanitari esistenti; sui servizi/interventi fruibili e come attivarli * Dare informazioni sulle associazioni di promozione sociale / organizzazioni di volontariato attive sul territorio * Inserimento in iniziative di formazione e/o psico-educazione di gruppo * Educazione di base al ruolo e alla cura (educational care) * 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 * Altro…………………..………………………………………………………………………. * ……………………..…………………………………………………………………………… * ……………………………………………………………………………………………………. |
|
|
|
|
|
| **SOLLIEVO E SUPPORTO PRATICO** | **Individuare gli obiettivi specifici** | **SOLLIEVO E SUPPORTO pratico, operativo, economico** |
| * Necessità di tempo e “spazi per sé” / sollievo dall’assistenza * Sostegno nei compiti di assistenza * Sostegno economico * Supporto al mantenimento della salute psicofisica * Supporto nel mantenimento dei propri “ruoli evolutivi”/ conciliazione (lavoro, nonni ..…) * Supporto alle attività di vita quotidiana (es. spesa. Farmaci, ecc.) * Supporto per attività di cura che creano al caregiver un livello molto elevato di ansia, disagio, paura, affaticamento o che non si sente proprio di compiere * Altro………………………………………………………………… | …………………………….……………..……………………………………………………………………………….…………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | * Sostituzione per alcuni momenti nell’arco della settimana programmata (Aiutare il caregiver a prendersi “spazi per sé”) * Garantire supplenza del familiare/assistente familiare estemporanea (per esempio in caso di emergenza) * Sollievo (accoglienza temporanea di sollievo dell’assistito in struttura □ residenziale □ semi-residenziale; □ sollievo domiciliare) * Facilitare /attivare lavoro privato di cura (assistente familiare) * Attivazione sostegno economico (assegno di cura, contributo aggiuntivo assistente familiare, ecc.) * Supporti per la mobilità * Dispositivi per la sicurezza in casa (es. per controllo a distanza) * Attivazione rete associazionismo e volontariato territoriale * Affiancamento a supporto dell’intervento assistenziale * Altro ………………………………………………………………………………………..… |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| **Bisogni** | **Obiettivi** | **Interventi** |
| **EMOTIVO / RELAZIONALI** | **Individuare gli obiettivi specifici** | **SUPPORTO PSICOLOGICO E RELAZIONALE** |
| * Sostegno per riconoscere, accettare e gestire i vissuti emotivi legati alla malattia/condizione persona assistita * Supporto per riconoscere il proprio ruolo e senso di utilità e di autoefficacia * Bisogno di ascolto, comprensione e momenti di confronto * Supporto nelle scelte di cura /assistenza/fine vita dell'assistito * Supporto alla prevenzione del burden e della depressione (valutare e prevenire rischio sovraccarico psicofisico, burn-out) * Necessità di acquisire strategie di gestione dello stress correlato all'assistenza * Sostegno socio relazionale * Necessità di inclusione sociale e prevenzione/contrasto dell’isolamento * Aiuto nelle dinamiche relazionali del contesto familiare, comunitario, e nella rete sociale di supporto * Altro………………………………………………………………… | ……………………………………….……………………………………………….………………………………….…………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………     ………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………… | * Proposta/attivazione di consulenze psicologiche focali (individuale o familiare) * Proposta di partecipazione /attivazione percorsi psicoterapici focali (individuale, familiare, di gruppo) * Proposta di inserimento in percorsi di auto mutuo aiuto e sostegno * Valutazione e rivalutazione 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.) * Consulenza/ supervisione / mediazione nelle relazioni con operatori, volontari e familiari che compongono il contesto familiare, comunitario, sociale * Altro……………………………………………………………………………………. * …………………………………………………………………………………………… |
|
|
|
|
|
|
|
|
|