



## CURACARI IN RETE

*Il sostegno ai caregiver di persone con demenza in FVG*

# I SOGGETTI PROMOTORI

Associazione  
Goffredo de  
Banfield

Associazione  
Familiari  
Alzheimer  
Pordenone

Alzheimer Basso  
Friuli e Veneto  
Orientale

Alzheimer  
Codroipo –  
Sostegno alle  
famiglie

Alzheimer  
Isontino

Alzheimer Udine

## TRE FASI

1. Mappatura dei servizi attivi nelle diverse associazioni partecipanti

2. Rilevazione delle caratteristiche e dei bisogni dei caregiver di persone con demenza in FVG

3. Analisi di processo per l'integrazione dei servizi in FVG

## FASE 1. MAPPATURA DEI SERVIZI

### Obiettivi

- Avere una mappa aggiornata dei servizi che le Associazioni offrono sul territorio regionale
- Diffondere le informazioni sulle associazioni

### Processo

- Invio del questionario per la rilevazione, analisi delle risposte e completamento nella raccolta delle informazioni

### Risultato

- Report descrittivo delle realtà associative per le demenze in FVG
- Brochure stampata con schede

# FASE 1. MAPPATURA DEI SERVIZI

- Abbiamo costruito un breve questionario per rilevare le informazioni di contatto di ciascuna associazione partner e i servizi offerti sul territorio regionale
- Abbiamo raccolto le risposte tramite google forms e contatti telefonici
- Il materiale è stato raccolto in una brochure la cui bozza vi verrà sottoposta a breve. Una volta confermata l'esattezza delle informazioni e raccolte eventuali altre osservazioni, la manderemo in stampa e provvederemo a recapitarne un certo numero di copie a ciascuna associazione, che potrà usarla come materiale informativo da distribuire agli utenti e/o agli studi medici, ai distretti ecc.

# FASE 2. RILEVAZIONE DEI BISOGNI

**Obiettivi:** avere una rappresentazione aggiornata delle caratteristiche e dei bisogni dei caregiver di persone con demenza

**Processo:** costruzione di un questionario, raccolta e analisi dei dati, divulgazione dei risultati

**Risultato:** Report dettagliato sui caregiver in FVG

| PROGETTO<br>CU RE<br>Cura dei Ricordi                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                             | Codice<br>Data<br>Intervistatore |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>QUESTIONARIO PER I CAREGIVER</b><br>Le ricordiamo che tutte le informazioni che ci fornisce saranno trattate in forma aggregata, garantendo l'anonimato dei dati.                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                             |                                  |
| <b>LA PERSONA DI CUI MI OCCUPO</b><br>Risponda alle seguenti domande sulla persona con deterioramento cognitivo di cui si prende cura.                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                             |                                  |
| Genere <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Età                                                                                                                                                                         |                                  |
| Diagnosi <input type="checkbox"/> non ha ricevuto una diagnosi <input type="checkbox"/> d. di Alzheimer <input type="checkbox"/> demenza vascolare <input type="checkbox"/> demenza fronto-temporale <input type="checkbox"/> demenza a corpi di Lewy <input type="checkbox"/> altro (specificare: )                                              |                                                                                                                                                                             |                                  |
| Da quanto tempo sono comparsi i primi sintomi?                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Meno di 6 mesi<br><input type="checkbox"/> da 6 mesi a un anno<br><input type="checkbox"/> da 1 a 3 anni<br><input type="checkbox"/> più di 3 anni |                                  |
| Situazione abitativa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> vive con me <input type="checkbox"/> vive a casa sua <input type="checkbox"/> vive in struttura                                                    |                                  |
| Se NON vive con Lei, quanto è lontano?                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Meno di 10 km<br><input type="checkbox"/> 10-30 km<br><input type="checkbox"/> 30-60 km<br><input type="checkbox"/> Più di 60 km                   |                                  |
| <b>IO, IL CAREGIVER</b><br>Risponda segnando con una X la casella corrispondente alla risposta che La riguarda:                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                             |                                  |
| Genere <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Età:                                                                                                                                                                        |                                  |
| Stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/convivente <input type="checkbox"/> separato/divorziato <input type="checkbox"/> vedovo/a                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                             |                                  |
| Titolo di studio <input type="checkbox"/> licenza elementare <input type="checkbox"/> licenza media <input type="checkbox"/> diploma scuola superiore <input type="checkbox"/> laurea <input type="checkbox"/> dottorato/specializzazione                                                                                                         |                                                                                                                                                                             |                                  |
| Città in cui abita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                             |                                  |
| Professione <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> libero/a professionista <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> pensionato/a <input type="checkbox"/> casalinga/o <input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> non occupato/a <input type="checkbox"/> altro (specificare: ) |                                                                                                                                                                             |                                  |
| Se attualmente lavora, risponda alle due seguenti domande (altrimenti vada alla domanda successiva)                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                             |                                  |
| Da quando si prende cura del suo familiare con demenza, ha dovuto fare cambiamenti nella sua vita lavorativa?                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                             |                                  |
| <input type="checkbox"/> Sì, ha lasciato il lavoro<br><input type="checkbox"/> Sì, ha ridotto l'orario di lavoro<br><input type="checkbox"/> Sì, ha usufruito di ferie e permessi<br><input type="checkbox"/> Sì, ha usufruito dei permessi ex legge 104<br><input type="checkbox"/> No                                                           |                                                                                                                                                                             |                                  |

## FASE 2. RILEVAZIONE DEI BISOGNI



## FASE 2. LA DIVISIONE DEI COMPITI

| Compito                                                                                | Chi                                                                                                    | Quando                        | Note                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Analisi della letteratura, preparazione del questionario, stesura del piano di ricerca | Ass. de Banfield                                                                                       | Da agosto 2021 a gennaio 2022 |                                                                                                                                                  |
| Raccolta dei dati                                                                      | Ass. de Banfield<br>AFAP<br>Alz. Udine<br>Alz. Codroipo<br>Alz. Basso Friuli e V.O.?<br>Alz. Isontino? | Febbraio – Marzo 2022         | Le associazioni possono affidare la raccolta dei dati a un collaboratore che potrà essere pagato con il finanziamento ottenuto dalla Regione FVG |
| Analisi dei dati e stesura dei report                                                  | Ass. de Banfield                                                                                       | Marzo-Maggio 2022             |                                                                                                                                                  |
| Divulgazione                                                                           |                                                                                                        | Maggio 2022                   | Da concordare                                                                                                                                    |

FASE 3. ANALISI  
DI PROCESSO  
PER  
L'INTEGRAZIONE  
DEI SERVIZI

- Aprile-Maggio 2022: I partner che si sono resi disponibili per la co-progettazione – e quelli che desidereranno aggiungersi – si incontreranno per sviluppare un modello di integrazione dei servizi fra le associazioni del FVG
- La sfida è quella di trovare dei modi per fare più «rete» fra le associazioni, per favorire l'accesso ai servizi al più alto numero possibile di caregiver, anche facendo ricorso a soluzioni a distanza o a «trasferimenti» di competenze da associazione ad associazione.

# IL FINANZIAMENTO COMPRENDE:

**NB:** Le fatture devono riportare il Codice identificativo del progetto e la descrizione corretta delle voci di spesa, e devono essere intestate all'associazione capofila, Ass. de Banfield.



Spese per la stampa  
dei questionari



Spese per la stampa  
della brochure  
informativa



Compenso per i  
collaboratori alla  
raccolta dei dati



Compenso per  
servizi rivolti ai  
caregiver



Compenso per gli  
incontri di co-  
progettazione

PER MAGGIORI  
DETTAGLI E  
INFORMAZIONI  
SUL PROGETTO:

Antonella Deponte

040 362766 (2)

328 7694389

[deponte@debanfield.it](mailto:deponte@debanfield.it)

Per la raccolta dei dati:

Rosanna Palmeri

040 362766 (2)

[palmeri@debanfield.it](mailto:palmeri@debanfield.it)