

RECEIPT INVENTORY (CSSRI-EU)

EU BIOMED study: Schizophrenia needs and costs

Centro Numero del Paziente Data //

Intervista (segnare una casella) Baseline Follow-up (12 mesi)

1. INFORMAZIONI SOCIODEMOGRAFICHE

1.1 Data di nascita Data //
g g m m a a

1.2 Sesso 1 Femmina
2 Maschio

1.3 Stato Civile (dal punto di vista legale) 1 Celibe/nubile
2 Sposato
3 Sepatato
4 Divorziato
5 Vedovo/Vedova
9 Non conosciuto

1.4 Qual è il suo gruppo etnico? Gruppo Etnico _____

1.5 Nazione di nascita Nazione

1.6 Lingua Madre 1 Lingua del Paese di residenza
2 Altre lingue (ma con una buona conoscenza della lingua del paese di residenza)
3 Altre lingue (con scarsa o assente conoscenza della lingua del paese di nascita)

1.7 Numero di anni di scuola frequentati Numero anni

1.8 Livello più alto di scolarità raggiunto 1 Scuola Elementare o inferiore
2 Scuola Media inferiore
3 Scuola Media Superiore/Laurea
4 Altro livello di scolarità
9 Non conosciuto

1.9 Quale ulteriore livello di scolarità o di formazione ha completato o sta' per completare? (Segnare le caselle appropriate)
Corso di formazione specifico (< 1 anno)
Corso di formazione specifico (> 1 anno)
Scuola Media Superiore/diploma
Laurea
Specializzazione post Laurea
Altri corsi di formazione

Non applicabile

2. SITUAZIONE PERSONALE

2.1 Qual è la sua situazione personale in questo momento?

- 1 Vive solo (+/-bambini)
- 2 Vive con il marito o la moglie (+/- bambini)
- 3 Convive come coppia
- 4 Vive con i genitori
- 5 Vive con altri parenti
- 6 Vive con altre persone
- 9 Non conosciuto

2.2 Che tipo di sistemazione ha?
(Vedere il manuale di codifica)

Abitativa / familiare

- 1 Appartamento o casa di proprietà
- 2 Appartamento o casa in affitto
- 3 Appartamento in affitto da enti pubblici / co-operative

Residenziale (non-ospedaliera)

- 4 Sistemazione per la notte, copertura 24 ore
- 5 Sistemazione per la notte, copertura inferiore alle 24 ore
- 6 Sistemazione per la notte, nessuna copertura

Ospedaliera

- 7 Reparto Psichiatrico per acuti
- 8 Reparto Psichiatrico Riabilitativo
- 9 Reparto Psichiatrico di Lungodegenza
- 10 Reparto di medicina generale

11 Senza casa/ senza tetto

12 Altro _____

2.3 Se ha una sistemazione abitativa:

Quanti adulti ci vivono?
(età superiore ai 18 anni) Numero di adulti (incluso il paziente)

E quanti bambini?
(età inferiore ai 18 anni) Numero di bambini

Nota: Se ha una sistemazione ospedaliera o territoriale:

Completa il foglio finale dello strumento dopo aver finito questa intervista.

2.4 Ha vissuto anche da qualche altra parte negli ultimi 3 mesi? Si = 1; No = 2

Se Si: per favore completi la tabella:

Tipo di sistemazione (vedere Q.2.2 per la codifica)	Numero di giorni negli ultimi 3 mesi

--	--

3. **LAVORO E REDDITO**

- 3.1 Qual è la sua condizione lavorativa?
- 1 Dipendente o in proprio
 - 2 Lavoro come volontario
 - 3 Lavoro Protetto
 - 4 Disoccupato
 - 5 Studente
 - 6 Casalinga
 - 7 Ritirato dal lavoro/pensionato
 - 8 Altro _____

- 3.2 **Se è occupato:** status lavorativo:
(Vedi il manuale per la codifica)
- 1 Dirigente/amministratore
 - 2 Professionista (es: settore sanitario, didattico, legale)
 - 3 Carriera intermedia (settore tecnico, infermieristico)
 - 4 Impiegato/a /segretario/a
 - 5 Operaio specializzato (es: edile, elettricista, ecc.)
 - 6 Operatore set. commercio o servizi
 - 7 Operaio
 - 8 Altro _____

Quanti giorni è stato assente dal lavoro per malattia negli ultimi 3 mesi?

Giorni di assenza dal lavoro

- 3.3 **Se non occupato:** Numero di settimane di dis occupazione negli ultimi 3 mesi
- Numero di settimane

- 3.4 Ha ricevuto qualche tipo di prestazione assistenziale?
- Si = 1; No = 2

Se Si: Che prestazione ha ricevuto? (Barrare le caselle adatte al caso)

Categorie Internazionali

Disoccupazione /

Integrazione economica

Malattia/Invalidità

Supporto abitativo

Altre prestazioni

Varianti Nazionali

Integrazione economica

Indennità di disoccupazione

Pensione di invalidità

Assegno per malattia

Contributo per l'affitto

Pensione sociale

Assegni familiari

- 3.5 Qual è la sua principale fonte
- 1 Stipendio/Retribuzione

di reddito?

- 2 Pensione sociale
3 Pensione di Anzianità
4 Sostegno familiare
5 Altro _____

3.6 Qual e' il suo reddito globale lordo derivante da tutte le fonti? (**in Euro**) (*Nota: se non è noto il reddito lordo, può fornire il reddito netto, p. e. dopo la detrazione di tasse e altri oneri*)

Settimanalmente		Mensilmente		Annualmente		
1 Sotto i	€ 230	1 Meno di	€ 990	1 Meno di	€ 11 850	
2 da € 230	a € 320	2 da € 990	a € 1 380	2 da € 11 850	a € 16 480	
3 da € 320	a € 430	3 da € 1 380	a € 1 840	3 da € 16 480	a € 22 110	Reddito lordo
						<input type="checkbox"/>
4 da € 430	a € 575	4 da € 1 840	a € 2 475	4 da € 22 110	a € 29 700	Reddito netto
						<input type="checkbox"/>
5 Più di	€ 575	5 Più di	€ 2 475	5 Più di	€ 29 700	

4. USO DEI SERVIZI

4.1 Per cortesia elenchi ogni **ricovero ospedaliero** avuto nell'arco degli ultimi **12 mesi** (*Nota 1: segnare '0' se i servizi non sono stati usati; Nota 2: vedi manuale per le definizioni*)

Servizio	N. Ricoveri	Numero totale di giorni di ricovero (nell'arco degli ultimi 3 mesi)
Reparto Psichiatrico per Acuti		
Reparto Psichiatrico Riabilitativo		
Reparto di Lungodegenza		
Pronto Soccorso/Rianimazione		
Reparto di Medicina Generale		
Altro _____		

4.2 Per cortesia elenchi ogni utilizzo di **servizi ospedalieri** nell'arco degli ultimi 3 mesi (*Nota 1: segnare '0' se i servizi non sono stati usati; Nota 2: vedi manuale per le definizioni*)

Servizio	Unità di Misura	Numero di unità (nell'arco degli ultimi 3 mesi)
Visite psichiatriche ambulatoriali	Appuntamento	
Altre visite ambulatoriali (incl. PS)	Appuntamento	
Day hospital	Giorni di Degenza	
Altro _____		

4.3 Per cortesia elenchi ogni utilizzo di **servizi psichiatrici territoriali diurni** nell'arco degli ultimi 3 mesi (*Nota: segnare '0' se i servizi non sono stati usati*)

Servizio	Numero di sedute	Durata media per ogni seduta
Centro di Salute Mentale		
Day hospital		
Terapia di gruppo		

Gruppo di riabilitazione		
Educatore		
Altro _____		

4.4 Per cortesia elenchi ogni contatto con i **servizi territoriali e sanitari di base** nell'arco degli ultimi 3 mesi (*Nota: inserire '0' se il servizio non è stato usato*)

Servizio	Settore (1 = pubblico; 2 = volontario 3 = privato)	Numero totale di contatti (nell'arco degli ultimi 3 mesi)	Tempo medio per ogni contatto (in ore)
Psichiatra			
Psicologo			
Medico di Base			
Infermiera del Distretto Sanitario			
Infermiere del Ser. Psych. Territoriale			
Assistente Sociale			
Educatore			
Assistente Domiciliare			
Qualsiasi Altro _____			
Qualsiasi Altro _____			

4.5 Nell'arco degli ultimi 3 mesi, il paziente ha avuto contatti con le **Agenzie di Pubblica Sicurezza?**

Si = 1, No = 2

Se Si: Quanti contatti con la Polizia

Contatti

(*Nota: contatto = visite o interventi di alcune ore, ma non di una intera notte*)

Quante notti ha passato in carcere o in stato di fermo?

Notti

Quante valutazioni psichiatriche ha avuto durante la detenzione?

Valutazioni

Quante udienze penali o civili ha avuto ?

Sede penale

Sede civile

5. SCHEDE USO FARMACI

5.1 Per favore elenchi qui di seguito l'uso di ogni farmaco assunto nell'arco di tre mesi:

Nome del farmaco	Dosaggio (se conosciuto)	Frequenza di assunzione <i>1 = 3 volte/die; 2 = 2 volte/die 3 = 1 volta/die; 4 = settimanalmente 5 = ogni due settimane 6 = mensilmente</i>	Depot (1=si; 0= no)
1.			
2.			
3.			

4.			
5.			

6. CURE INFORMALI

6.1 Negli ultimi tre mesi, ha ricevuto aiuto da amici o parenti su alcune delle seguenti aree, come conseguenza del suo problema di salute mentale?

Tipo di aiuto	Segnare	Numero medio di ore per settimana
Accudimento dei figli (segna no se l'intervistato non ha figli)	NO SI	
Cura di sé (es, lavarsi, vestirsi)	NO SI	
Aiuto nelle faccende domestiche (es, cucinare, pulire)	NO SI	
Aiuto all'esterno della casa (es, compere, trasporti)	NO SI	
Altro	NO SI	

GRAZIE

**CLIENT SOCIODEMOGRAPHIC AND SERVICE
RECEIPT INVENTORY (CSSRI - EU)**

EU BIOMED study: Schizophrenia needs and costs

SCHEMA SULLA SISTEMAZIONE OSPEDALIERA E TERRITORIALE

Centro **Numero del Paziente** **Data** //
g g m m a a

Questo foglio dovrebbe essere compilato al più presto possibile dopo l'intervista faccia a faccia col paziente. La fonte di informazioni migliore è probabilmente l'operatore di riferimento o il supervisore.

1. Quanti letti/posti nel reparto/servizio sono attualmente liberi/occupati? Posti/letti liberi
Posti/letti occupati

2. Per favore completi la tabella relativa al personale di staff (*vedi il manuale*)

Professionalità dell'operatore <small>(Nota: solo una categoria per ogni membro di staff)</small>	Numero di operatori a tempo pieno	Costo Totale annuo per tipo di professionalità
Medici		
Psicologi		
Infermieri		
Assistenti sociali		
Operatori senza qualifica		
Posti liberi nell'organico		
Totale di tutte le categorie		

3. Qual è il costo fisso annuale della struttura, escluse le spese per il personale?
(Pulizie, Ristorazione ecc. Vedi manuale)

Costo per anno Lira _____

4. Qual è il prezzo medio settimanale per posto/letto di un residente?
(Riferirsi al manuale per l'aiuto)

Costo/contributo per settimana Lira _____

5. Chi provvede al costo complessivo per questa sistemazione?
(Segnare tutte le caselle adatte)

- Il Servizio Sanitario Nazionale
(servizio sanitario/fondi da assicurazioni)
- Amministrazione Locale
- Organizzazione di Volontariato
- Organizzazione Privata
- Personale Privata