

## Scheda ZARIT BURDEN INTERVIEW

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
1. Ritiene che il suo familiare le chieda un aiuto maggiore rispetto a quello di cui ha bisogno?	0	1	2	3	4
2. Ritiene di non avere abbastanza tempo per se stesso a causa del tempo impegnato nella cura del suo familiare?	0	1	2	3	4
3. Si sente stressato dall'aver cura del suo familiare e dal cercare di far fronte alle altre responsabilità verso la sua famiglia o verso il lavoro?	0	1	2	3	4
4. Si sente in imbarazzo per il comportamento del suo familiare?	0	1	2	3	4
5. Si sente arrabbiato quando è con il suo familiare?	0	1	2	3	4

6. Ritiene che il suo familiare influisca attualmente in maniera negativa sul suo rapporto con gli altri membri della famiglia o con gli amici?	0	1	2	3	4
7. Teme ciò che il futuro riserva al suo familiare?	0	1	2	3	4
8. Sente che il suo familiare è dipendente da lei?	0	1	2	3	4
9. Si sente affaticato quando sta dietro al suo familiare?	0	1	2	3	4
10. Ritiene che la sua salute abbia risentito del prendersi cura del suo familiare?	0	1	2	3	4
11. Ritiene di non avere l'intimità e la privacy che vorrebbe a causa del suo familiare?	0	1	2	3	4

I2. Ritiene che la sua vita sociale abbia risentito dal prendersi cura del suo familiare?	0	1	2	3	4

I3. Si sente a disagio ad invitare a casa gli amici a causa del suo familiare?	0	1	2	3	4

I4. Ritiene che il suo familiare si aspetti da lei che lei se ne prenda cura come se fosse l'unica persona da cui lui può dipendere?	0	1	2	3	4

I5. Sente di non avere abbastanza denaro per prendersi cura del suo familiare oltre alle sue spese personali?	0	1	2	3	4

I6. Pensa di non farcela a prendersi cura del suo familiare ancora per molto tempo?	0	1	2	3	4

17. Pensa di non essere stato più padrone della sua vita dal momento in cui il suo familiare si è ammalato?	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

18. Desidererebbe affidare la cura del suo familiare a qualcun altro?	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

19. Si sente insicuro su cosa fare per il suo familiare?	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

20. Sente che dovrebbe fare di più per il suo familiare?	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

21. Crede che potrebbe fare di meglio nella cura del suo familiare?	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

22. Infine, quanto si sente sovraccaricato dall'aver cura del suo familiare?	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

Firma del dichiarante/richiedente

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: AMBRA DE CANDIDO

CODICE FISCALE: \*\*\*\*\*

DATA FIRMA: 22/08/2024 09:38:45