

**SCHEDA VALUTAZIONE DOMANDE B2 MINORI**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROT. N.**  |  |
| **COGNOME BENEFICIARIO/A** |  |
| **NOME BENEFICIARIO/A** |  |
| **COMUNE DI RESIDENZA** |  |
| **TIPOLOGIA MISURA B2** |  |
| **COMPOSIZIONE ÉQUIPE VALUTAZIONE** | **-****-****-****-****-****-** |

# VALUTAZIONE DEL CAREGIVER

**CAREGIVER BURDEN INVENTORY**

La CBI è uno strumento di valutazione del carico assistenziale, in grado di analizzarne l’aspetto multidimensionale, elaborato per i caregiver di pazienti affetti da malattia di Alzheimer e demenze.

È uno strumento self-report, compilato dal caregiver principale, ossia il familiare o l’operatore che maggiormente sostiene il carico dell’assistenza al malato. Al caregiver è richiesto di rispondere barrando la casella che più si avvicina alla sua condizione o impressione personale.

È uno strumento di rapida compilazione e di semplice comprensione.

Suddivisa in 5 sezioni, consente di valutare fattori diversi dello stress: carico oggettivo, carico psicologico, carico fisico, carico sociale, carico emotivo.

1. - il burden dipendente dal tempo richiesto dall’assistenza (item 1-5), che descrive il carico associato alla restrizione di tempo per il caregiver;
2. - il burden evolutivo (item 6-10), inteso come la percezione del caregiver di sentirsi tagliato fuori, rispetto alle aspettative e alle opportunità dei propri coetanei;
3. - il burden fisico (item 11-14), che descrive le sensazioni di fatica cronica e problemi di salute somatica;
4. - il burden sociale (item 15-19), che descrive la percezione di un conflitto di ruolo;
5. - il burden emotivo (item 20-24), che descrive i sentimenti verso il paziente, che possono essere indotti da comportamenti imprevedibili e bizzarri.

La CBI permette di ottenere un profilo grafico del burden del caregiver nei diversi domini, per confrontare diversi soggetti e per osservare immediatamente le variazioni nel tempo del burden.

I caregiver con lo stesso punteggio totale possono presentare diversi modelli di burden. Questi diversi profili sono rivolti ai diversi bisogni sociali e psicologici dei caregiver e rappresentano i differenti obiettivi di diversi metodi di intervento pianificati per dare sollievo agli specifici punti deboli specificati nel test.

Le minori affidabilità del test si riscontrano a proposito del carico emotivo e sociale.

# CAREGIVER BURDEN INVENTORY (CBI) *(Novak M. e Guest C., Gerontologist, 29, 798-803, 1989)*

Le domande si riferiscono 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.

**0= per nulla 1= un poco 2= moderatamente 3= parecchio 4= molto**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **T** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **TOT.** |
| **T-D1** | Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attivitàquotidiane |  |  |  |  |  |  |
| **T-D2** | Il mio familiare è dipendente da me |  |  |  |  |  |  |
| **T-D3** | Devo vigilarlo costantemente |  |  |  |  |  |  |
| **T-D4** | Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane(vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici) |  |  |  |  |  |  |
| **T-D5** | Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza |  |  |  |  |  |  |
|  | **TOT.** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **S** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **TOT.** |
| **S 6** | Sento che mi sto perdendo la vita |  |  |  |  |  |  |
| **S 7** | Desidererei poter fuggire da questa situazione |  |  |  |  |  |  |
| **S 8** | La mia vita sociale ne ha risentito |  |  |  |  |  |  |
| **S 9** | Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo diassistente |  |  |  |  |  |  |
| **S 10** | Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto dellamia vita |  |  |  |  |  |  |
|  | **TOT.** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **F** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **TOT.** |
| **F 11** | Non riesco a dormire a sufficienza |  |  |  |  |  |  |
| **F 12** | La mia salute ne ha risentito |  |  |  |  |  |  |
| **F 13** | Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute |  |  |  |  |  |  |
| **F 14** | Sono fisicamente stanca |  |  |  |  |  |  |
|  | **TOT.** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **D** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **TOT.** |
| **D 15** | Non vado d’accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto |  |  |  |  |  |  |
| **D 16** | I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari |  |  |  |  |  |  |
| **D 17** | Ho avuto problemi con il coniuge |  |  |  |  |  |  |
| **D 18** | Sul lavoro non rendo come di consueto |  |  |  |  |  |  |
| **D 19** | Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebberodarmi una mano ma non lo fanno |  |  |  |  |  |  |
|  | **TOT.** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **E** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **TOT.** |
| **E 20** | Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare |  |  |  |  |  |  |
| **E 21** | Mi vergogno di lui/lei |  |  |  |  |  |  |
| **E 22** | Provo del risentimento nei suoi confronti |  |  |  |  |  |  |
| **E 23** | Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa |  |  |  |  |  |  |
| **E 24** | Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi |  |  |  |  |  |  |
|  | **TOT.** |  |  |  |  |  |  |

**TOT. PUNTEGGIOCBI**………………………………

**ADL**

|  |  |
| --- | --- |
| **A) FARE IL BAGNO (vasca, doccia, spugnature)** | **Punteggio** |
| 1) Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo). | 1 |
| 2) Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso). | 1 |
| 3) Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo. | 0 |
|  |
| **B) VESTIRSI (prendere i vestiti dall’armadio e/o cassetti, inclusa biancheria** |  |
| **intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)** |  |
| 1) Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza. | 1 |
| 2) Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le | 1 |
| scarpe. |  |
| 3) Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane | 0 |
| parzialmente o completamente svestito. |  |
|  |
| **C) TOILETTE (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione,** |  |
|  **pulirsi, rivestirsi)** |  |
| 1) Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare | 1 |
|  mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso |  |
|  da notte o comoda svuotandoli al mattino). |  |
|  2) Ha bisogno di assistenza nell’andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell’uso | 0 |
| del vaso da notte o della comoda. |  |
|  3) Non si reca in bagno per l’evacuazione | 0 |
|  |
| **D) SPOSTARSI** |  |
| 1) Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con | 1 |
| canadesi o deambulatore). |  |
| 2) Compie questi trasferimenti se aiutato. | 0 |
| 3) Allettato, non esce dal letto. | 0 |
|  |
| **E) CONTINENZA DI FECI ED URINE** |  |
| 1) Controlla completamente feci e urine. | 1 |
| 2) “Incidenti” occasionali. | 0 |
| 3) Necessità di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è | 0 |
|  incontinente |  |
|  |
| **F) ALIMENTAZIONE** |  |
| 1) Senza assistenza. | 1 |
| 2) Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane. | 1 |
| 3) Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o | 0 |
| completamente per via parenterale. |  |
|  |
| **PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F)** | **/6** |

**IADL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A) USARE IL TELEFONO** | 1) Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero e locompone | **1** |
|  | 2) Compone solo alcuni numeri ben conosciuti | **1** |
|  | 3) È in grado di rispondere al telefono, ma non compone i numeri | **1** |
|  | 4) Non è capace di usare il telefono | **0** |
| **B) FARE LA SPESA** | 1) Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquistinei negozi | **1** |
|  | 2) È in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi | **0** |
|  | 3) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi acquisto neinegozi | **0** |
|  | 4) È del tutto incapace di fare acquisti nei negozi | **0** |
| **C) PREPARARE IL CIBO** | 1) Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati | **1** |
|  | 2) Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti | **0** |
|  | 3) Scalda pasti preparati o prepara cibi ma non mantiene dietaadeguata | **0** |
|  | 4) Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti | **0** |
| **D) GOVERNO della CASA** | 1) Mantiene la casa da solo o con occasionale aiuto (ad es. lavoripesanti) | **1** |
|  | 2) Esegue solo compiti quotidiani leggeri ma livello di pulizia nonsufficiente | **1** |
|  | 3) Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa | **0** |
|  | 4) Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa | **0** |
| **E) FARE IL BUCATO** | 1) Fa il bucato personalmente e completamente | **1** |
|  | 2) Lava le piccole cose (calze, fazzoletti) | **1** |
|  | 3) Tutta la biancheria deve essere lavata da altri | **0** |
| **F) MEZZI di TRASPORTO** | 1) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto | **1** |
|  | 2) Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici | **1** |
|  | 3) Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato | **1** |
|  | 4) Può spostarsi solo con taxi o auto e solo con assistenza | **0** |
|  | 5) Non si sposta per niente | **0** |
| **G) ASSUNZIONE FARMACI** | 1) Prende le medicine che gli sono state prescritte | **1** |
|  | 2) Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosiseparate | **0** |
|  | 3) Non è in grado di prendere le medicine da solo | **0** |
| **H) USO DEL DENARO** | 1) Maneggia le proprie finanze in modo indipendente | **1** |
|  | 2) È in grado di fare piccoli acquisti | **1** |
|  | 3) È incapace di maneggiare i soldi | **0** |
| **PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F+G+H)** |  **/8** |

**SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMINATIVO FAMILIARE O TIPO DI SERVIZIO** | **RUOLO NELLA RETE[[1]](#footnote-1)** | **LONTANANZA DA ASSISTITO/A[[2]](#footnote-2)** | **INTENSITÀ INTERVENTO[[3]](#footnote-3)** | **SI OCCUPA DI** |
| **ADL GARANTITE[[4]](#footnote-4)** | **IADL GARANTITE[[5]](#footnote-5)** | **SUPERVISIONE[[6]](#footnote-6)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**VALUTAZIONE CONDIZIONE ABITATIVA ED AMBIENTE DI VITA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Micro clima adeguato** | SI = 1 puntiNO = 0 punti | \_\_\_\_/1 |
| **Condizioni igieniche adeguate** | SI = 1 puntiNO = 0 punti | \_\_\_\_/1 |
| **Condizioni strutturali adeguate** | SI = 1 puntiNO = 0 punti | \_\_\_\_/1 |
| **Adeguato numero di persone residenti nell’alloggio** | Alloggio sovraffollato = 1 puntiAdeguato numero di persone residenti nell’alloggio = 0 punti | \_\_\_\_/1 |
| **Caratteristiche nucleo** | Nucleo monogenitorialeoppure presenza di altra persona disabile o con altri bisogni assistenziali nel nucleo = 1 puntiNucleo senza ulteriori carichi di cura = 0 punti  | \_\_\_\_/1 |
| **Servizi igienici adeguati**[[7]](#footnote-7) | Assenza servizi igienici = 2 puntiServizi igienici non accessibili = 1 puntiServizi igienici accessibili = 0 punti | \_\_\_\_/2 |
| **Casa isolata** | SI = 1 puntiNO = 0 punti | \_\_\_\_/1 |
| **Possibilità di trasporto**[[8]](#footnote-8) | Assenza mezzo di trasporto = 1 puntiPresenza mezzo di trasporto = 0 punti | \_\_\_\_/1 |
| **Barriere architettoniche** | NO = 0 puntiSI esterne = 1 puntiSi interne = 2 punti | \_\_\_\_/2 |
| **TOTALE** | \_\_\_\_/11 |

**VALUTAZIONE FINALE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Esito valutazione** | **Punteggio** |
| **ADL** | 0/1 = 10 punti | \_\_\_\_/10 |
| 2/4 = 5 punti |
| 5/6 = 0 punti |
| **IADL** | M | F | \_\_\_\_/10 |
| 0/1 = 10 punti | 0/2 = 10 punti |
| 2/4 = 5 punti | 3/5 = 5 punti |
| 5/8 = 0 | 6/8 = 0 |
| **Condizione abitativa** | \_\_\_\_/11 |
| **Valutazione del/la *caregiver*** | Da 0 a 24 = 1 punti | \_\_\_\_/4 |
| Da 25 a 48 = 2 punti |
| Da 49 a 72 = 3 punti |
| Da 73 a 96 = 4 punti |
| **Fruizione servizi rivolti a minori disabili**(i punti si possono sommare) | Istituto di riabilitazione (full time o part-time) = 2 punti | \_\_\_/5 |
| Educativa scolastica = 1 punti |
| Dopo-scuola/attività per il tempo libero = 1 punti |
| Educativa domiciliare oppure SAD = 1 punti |
| Nessuna attività = 0 punti |
| **ISEE ordinario**(solo per minori) | € 0,00 - € 7.000,00 = 10 punti | \_\_\_\_/10 |
| € 7.000,01 - € 15.000,00 = 8 punti |
| € 15.000,01 – € 23.000,00 = 6 punti |
| € 23.000,01 - € 30.000,00 = 4 punti |
| € 30.000,01 - € 40.000,00 = 2 punti |
| **TOTALE** | \_\_\_\_/50 |

**DETERMINAZIONE VALORE BUONO MENSILE BENEFICIARIO/A CAREGIVER FAMILIARE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **LIVELLO A****DAI 50 AI 34 PUNTI**Beneficiari che necessitano di una presenza continua nell'arco della giornata e di elevata assistenza diretta in alternativa al ricovero in struttura residenziale  | **LIVELLO B****DAI 33 AI 17 PUNTI**Beneficiari che necessitano di una presenza continua nell'arco della giornata e di assistenza diretta di livello alto | **LIVELLO C****DAI 16 AI 0 PUNTI**Beneficiari non si trovino nella condizione precedente e prevedano una prevalenza di attività assistenziali tra quelle di livello basso |
| **IMPORTO MENSILE** | € 200,00 | € 150,00 | € 100,00 |

1. C= coniuge; CV= partner convivente; FI= figlio/a; FR= fratello/sorella; G= genitore; NO= nonno/a; N= nipote; GN= genero/nuora; AL= altro familiare; AV= amici vicini O= operatore [↑](#footnote-ref-1)
2. C= convivente; VI= immediate vicinanze; 15= entro 15 minuti; 30= entro 30 minuti; 60= entro 1 ora; 0= oltre 1 ora [↑](#footnote-ref-2)
3. Indicare il numero di giorni a settimana (da 0 a 7) in cui la persona/operatore è presente nell’assistenza [↑](#footnote-ref-3)
4. Indicare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti); [↑](#footnote-ref-4)
5. IADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia, trasporto, somministrazione medicinali, gestione finanze); [↑](#footnote-ref-5)
6. Supervisione (D= diurna N= notturna) [↑](#footnote-ref-6)
7. Per servizi igienici accessibili si intende un bagno strutturato adeguatamente per persone con ridotta mobilità (presenza maniglioni, doccia ampia, ecc.) [↑](#footnote-ref-7)
8. Il/la caregiver ha a disposizione un mezzo di trasporto (patente e automobile di proprietà) oppure è presente un servizio di trasporto pubblico o privato [↑](#footnote-ref-8)