



Allegato 7

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

Ai fini della definizione del Progetto di Assistenza Individualizzato la scala CBI (relativa allo stress che il caregiver percepisce nella sua attività di assistenza) va compilata:

- dal caregiver anagraficamente convivente del beneficiario b2 in caso di richiesta di buono sociale per intervento caregiver familiare e voucher minori;
- dal caregiver di riferimento in caso di richieste delle altre misure b2 (assegno per l'autonomia, buono sociale assistente familiare).

La scheda va quindi compilata da "Lei" che assiste il suo congiunto, si compila contrassegnando con una croce la casella che più si avvicina alla sua condizione o alla sua personale impressione di caregiver familiare utilizzando la seguente leggenda:

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

1) La presente scheda è compilata relativamente alla pratica del potenziale **Beneficiario B2**

Sig./ra Nome _____ Cognome _____

2) Dal/la sottoscritto/a Sig./ra Nome _____ Cognome _____

3) In qualità di Caregiver Convivente ☐

oppure di Caregiver NON Convivente di Riferimento ☐

(In caso di dubbi o difficoltà nella compilazione contattare il servizio sociale del comune di residenza del beneficiario).



T-D1	Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane	0	1	2	3	4
T-D2	Il mio familiare è dipendente da me	0	1	2	3	4
T-D3	Devo vigilarlo costantemente	0	1	2	3	4
T-D4	Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici)	0	1	2	3	4
T-D5	Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza	0	1	2	3	4
S-6	Sento che mi sto perdendo la vita	0	1	2	3	4
S-7	Desidererei poter fuggire da questa situazione	0	1	2	3	4
S-8	La mia vita sociale ne ha risentito	0	1	2	3	4
S-9	Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente	0	1	2	3	4
S-10	Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	0	1	2	3	4
F-11	Non riesco a dormire a sufficienza	0	1	2	3	4
F-12	La mia salute ne ha risentito	0	1	2	3	4
F-13	Il compito di assisterlo mi ha reso più fragile di salute	0	1	2	3	4
F-14	Sono fisicamente stanca	0	1	2	3	4
D-15	Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto	0	1	2	3	4
D-16	I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	0	1	2	3	4
D-17	Ho avuto problemi con il coniuge	0	1	2	3	4
D-18	Sul lavoro non rendo come di consueto	0	1	2	3	4
D-19	Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	0	1	2	3	4
E-20	Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare	0	1	2	3	4
E-21	Mi vergogno di lui/lei	0	1	2	3	4
E-22	Provo del risentimento nei suoi confronti	0	1	2	3	4
E-23	Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	0	1	2	3	4
E-24	Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	0	1	2	3	4

data _____

FIRMA del Caregiver
