

# **ALLEGATO A**

## **Funtional Indipendence Measure (FIM)**

La FIM intende censire soltanto un numero minimo di voci relative ad attività funzionali. Essa non ha la pretesa di comprendere tutte le attività misurabili o che sarebbe utile misurare a scopo clinico. Il punteggio FIM è piuttosto un indice generale di gravità della disabilità e varia durante il “trattamento”, motivo per cui variazioni nel punteggio FIM possono essere considerate indici dell’effetto dell’intervento messo in atto.

Come abbiamo già illustrato nella parte generale, la FIM è progettata per assegnare punteggi su sette livelli che dovrebbero corrispondere, in ordine crescente, a maggiori livelli di autosufficienza e quindi ad un minor carico assistenziale dovuto alla disabilità.

I livelli funzionali sono così suddivisi:

AUTOSUFFICIENZA: non è richiesta un’altra persona per svolgere attività

1) Autosufficienza completa: di regola tutte le attività che concorrono a costituire la voce in esame vengono eseguite senza rischi, senza necessità di particolari modifiche, senza presidi ortopedici di alcun tipo e in un tempo ragionevolmente breve.

**punteggio = 7**

2) Autosufficienza con adattamenti: l’attività presuppone uno o più dei seguenti requisiti: l’ausilio di qualsiasi dispositivo, un tempo più lungo di quanto sia ragionevole fisiologicamente, oppure precauzioni per evitare rischi.

**Punteggio = 6**

NON AUTOSUFFICIENZA: è richiesta l’assistenza di un’altra persona che dia o supervisione o vero e proprio supporto fisico per consentire l’esecuzione dell’attività in questione. Oppure l’attività non è possibile del tutto se manca una persona che assista il soggetto.

NON AUTOSUFFICIENZA PARZIALE: il soggetto compie almeno il 50% dello sforzo necessario. I livelli richiesti sono:

3) Supervisione o predisposizione adattamenti: il soggetto richiede un’assistenza limitata ad una presenza esterna, a stimoli costituiti da indicazioni, suggerimenti o esortazioni, senza che vi sia contatto fisico con la persona che lo assiste. Oppure la persona che assiste deve predisporre eventuali ausili o protesi.

**Punteggio = 5**

4) Assistenza con minimo contatto fisico: vi è soltanto un minimo contatto fisico fra la persona che dà assistenza ed il soggetto, il quale risulta in grado di produrre il 75% o più dello sforzo richiesto.

**Punteggio = 4**

5) Assistenza moderata: è richiesto un aiuto superiore la semplice contatto fisico, oppure il soggetto produce uno sforzo compreso fra la metà (50%) e tre quarti (74%) dello sforzo richiesto.

**Punteggio = 3**

NON AUTOSUFFICIENZA COMPLETA: il soggetto produce meno della metà (meno del 50%) dello sforzo richiesto. E' richiesta un'assistenza intensa o completa perché altrimenti l'attività non può essere eseguita. I livelli di assistenza richiesta possono essere:

6) Assistenza intensa: il soggetto produce fra il 25% e il 49% dello sforzo richiesto. **Punteggio = 2**

7) Assistenza totale: il soggetto produce meno del 25% dello sforzo richiesto. **Punteggio = 1**

Le 18 attività di vita quotidiana valutate all'interno della FIM sono:

### **Cura della persona**

1. Nutrirsi
2. Rassetarsi
3. Lavarsi
4. Vestirsi, dalla vita in su
5. Vestirsi, dalla vita in giù
6. Igiene perineale

### **Controllo sfinterico**

7. Vescica
8. Alvo

### **Mobilità (Trasferimenti)**

9. Letto-sedia-carrozzina
10. W.C.
11. Vasca o doccia

### **Locomozione**

12. Cammino-Carrozzina
13. Scale

### **Comunicazione**

14. Comprensione
15. Espressione

### **Capacità relazionali-cognitive**

16. Rapporto con gli altri
17. Soluzione di problemi
18. Memoria

Ogni scala descrive al suo interno le attività che la comprendono; ad esempio la voce numero 2 (rassettersi) include il lavarsi i denti, pettinarsi, lavarsi mani e faccia, radersi o truccarsi il viso.

Di seguito viene riportata la copia del questionario trasformata in versione Word. Per ovvie ragioni grafiche, alcuni particolari sono lievemente modificati rispetto alla versione originale.

### FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE (FIM)

LIVELLI	7. Autosufficienza completa 6. Autosufficienza con adattamenti		SENZA ASSISTENZA
	NON AUTOSUFFICIENZA 5. Supervisione – Predisposizioni /adattamenti 4. Assistenza minima (soggetto =>75%) 3. Assistenza moderata (soggetto =>50%)		CON ASSISTENZA
	NON AUTOSUFFICIENZA 2. Assistenza intensa (soggetto =>25%) 1. Assistenza totale (soggetto =>0%)		
	INGRESSO		DIMISSIONE
	FOLLOW-UP		
<b>Cura della persona</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. Nutrirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Rassettersi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Lavarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. vestirsi, dalla vita in su	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Vestirsi dalla vita in giù	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Igiene perineale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Controllo sfinterico</b>			
G. Vescica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Alvo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilità (trasferimenti)</b>			
I. Letto-sedia-carrozzina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. W.C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Vasca o doccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Locomozione</b>			
L. Cammino, carrozzina	cm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cm <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
M. Scale	cr <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cr <input type="checkbox"/>
<b>Comunicazione</b>			
N. Comprensione	U <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U <input type="checkbox"/>
	v <input type="checkbox"/>		v <input type="checkbox"/>
O. Espressione	v <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v <input type="checkbox"/>
	n v <input type="checkbox"/>		n v <input type="checkbox"/>

<b>Capacità relazionali/cognitive</b>			
P. Rapporto con gli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. Soluzione dei problemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R. Memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PUNTEGGIO TOTALE FIM</b>			

Attenzione: non lasciare caselle bianche.

Assegnare 1 alle attività non valutabili per motivi di sicurezza del soggetto.

## ALLEGATO B

# Caregiver Burden Inventory (CBI)

## CAREGIVER BURDEN INVENTORY

(Novak M. e Guest C., *Gerontologist*, 29, 798-803, 1989)

**Punteggi da assegnare:**

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

T-D1	Il 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 di 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
S6	Sento che mi sto perdendo la vita	0	1	2	3	4
S7	Desidererei poter fuggire da questa situazione	0	1	2	3	4
S8	La mia vita sociale ne ha risentito	0	1	2	3	4
S9	Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente	0	1	2	3	4
S10	Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	0	1	2	3	4
F11	Non riesco a dormire a sufficienza	0	1	2	3	4
F12	La mia salute ne ha risentito	0	1	2	3	4
F13	Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute	0	1	2	3	4
F14	Sono fisicamente stanca	0	1	2	3	4
D15	Non vado d'accordo con li altri membri della famiglia come di consueto	0	1	2	3	4
D16	I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	0	1	2	3	4
D17	Ho avuto problemi con il coniuge	0	1	2	3	4
D18	Sul lavoro non rendo come di consueto	0	1	2	3	4
D19	Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	0	1	2	3	4
E20	Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio	0	1	2	3	4

familiare						
E21	Mi vergogno di lei/lui	0	1	2	3	4
E22	Provo del risentimento nei suoi confronti	0	1	2	3	4
E23	Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	0	1	2	3	4
E24	Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	0	1	2	3	4

**ALLEGATO C**

**Short Form-36 (SF-36)**

### QUESTIONARIO SHORT FORM-36 (SF-36)

Versione italiana ufficiale, di Apolone et al. 1997 (progetto IQOLA), dall'originale inglese di Ware and Sherourne, 1992.

Scelga una risposta per ogni domanda

1. In generale direbbe che la sua salute è...				
<b>Eccellente</b>	<b>Molto buona</b>	<b>Buona</b>	<b>Passabile</b>	<b>Scadente</b>
1	2	3	4	5

2. Rispetto ad un anno fa, come giudicherebbe, ora, la Sua salute in generale?				
<b>Decisamente migliore adesso rispetto ad un anno fa</b>	<b>Un po' migliore adesso rispetto ad un anno fa</b>	<b>Più o meno uguale rispetto ad un anno fa</b>	<b>Un po' peggiore adesso rispetto ad un anno fa</b>	<b>Decisamente peggiore adesso rispetto ad un anno fa</b>
1	2	3	4	5

Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi giornata. Ci dica, scegliendo una risposta per ogni riga, se attualmente la **Sua salute** La limita nello svolgimento di questa attività.

	<b>Sì, mi limita parecchio</b>	<b>Sì, mi limita parzialmente</b>	<b>No, non mi limita per nulla</b>
3. <b>Attività fisicamente impegnative</b> , come correre, sollevare oggetti pesanti, praticare sport faticosi	1	2	3
4. <b>Attività di moderato impegno fisico</b> , come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta	1	2	3
5. Sollevare o portare le borse della spesa	1	2	3
6. Salire <b>qualche</b> piano di scale	1	2	3
7. Salire <b>un</b> piano di scale	1	2	3
8. Piegarsi, inginocchiarsi o chinarsi	1	2	3
9. camminare <b>per un chilometro</b>	1	2	3
10. camminare <b>per qualche centinaio di metri</b>	1	2	3
11. Camminare <b>per circa cento metri</b>	1	2	3
12. Fare il bagno o vestirsi da soli	1	2	3

**Le ultime quattro settimane**, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, **a causa della Sua salute fisica**?

Risponda <b>Sì</b> o <b>No</b> a ciascuna domanda	<b>Sì</b>	<b>No</b>
13. Ha ridotto <b>il tempo</b> dedicato al lavoro o ad altre attività	1	2
14. Ha <b>reso</b> meno di quanto avrebbe voluto	1	2
15. Ha dovuto limitare alcuni <b>tipi</b> di lavoro o di altre attività	1	2
16. Ha avuto difficoltà nell'eseguire il lavoro o altre attività (ad esempio, ha fatto fatica)	1	2

**Nelle ultime quattro settimane**, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, **a causa del Suo stato emotivo** (quale sentirsi depresso o ansioso)?

Risponda <b>Sì</b> o <b>No</b> a ciascuna domanda	<b>Sì</b>	<b>No</b>
17. Ha ridotto <b>il tempo</b> dedicato al lavoro o ad altre attività	1	2
18. Ha <b>reso</b> meno di quanto avrebbe voluto	1	2
19. ha avuto un calo di <b>concentrazione</b> sul lavoro o in altre attività	1	2

20. Nelle ultime quattro settimane, in che misura la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito con le normali attività sociali con la famiglia, gli amici, i vicini di casa, i gruppi di cui fa parte?

<b>Per nulla</b>	<b>Leggermente</b>	<b>Un po'</b>	<b>Molto</b>	<b>Moltissimo</b>
1	2	3	4	5

21. Quanto dolore **fisico** ha provato nelle ultime quattro settimane? (Indichi un numero)

<b>Nessuno</b>	<b>Molto lieve</b>	<b>Lieve</b>	<b>Moderato</b>	<b>Forte</b>	<b>Molto forte</b>
1	2	3	4	5	6

22. Nelle ultime quattro settimane, in che misura il **dolore** L'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente, sia in casa sia fuori? (Indichi un numero)

<b>Per nulla</b>	<b>Molto poco</b>	<b>Un po'</b>	<b>Molto</b>	<b>Moltissimo</b>
1	2	3	4	5

Le seguenti domande si riferiscono a come si è sentito **nelle ultime quattro settimane**. Risponda a ciascuna domanda scegliendo la risposta che più si avvicina al Suo caso.

Per quanto tempo nelle ultime quattro settimane si è sentito...

	<b>Sempre</b>	<b>Quasi sempre</b>	<b>Molto tempo</b>	<b>Una parte del tempo</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Mai</b>
23. Vivace e brillante?	1	2	3	4	5	6
24. Molto agitato?	1	2	3	4	5	6
25. Così giù di morale che niente avrebbe potuto tirarla su?	1	2	3	4	5	6
26. Calmo e sereno?	1	2	3	4	5	6
27. Pieno di energia?	1	2	3	4	5	6
28. Scoraggiato e triste?	1	2	3	4	5	6
29. Sfinito?	1	2	3	4	5	6

30. Felice?	1	2	3	4	5	6
31. Stanco?	1	2	3	4	5	6

32. Nelle ultime quattro settimane, per quanto tempo la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle Sue attività sociali, in famiglia, con gli amici? (Indichi un numero)				
<b>Sempre</b>	<b>Quasi sempre</b>	<b>Una parte del tempo</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Mai</b>
1	2	3	4	5

Scelga, per ogni domanda, la risposta che meglio descrive quanto siano **Vere** o **False** le seguenti affermazioni.

	<b>Certamente vero</b>	<b>In gran parte vero</b>	<b>Non so</b>	<b>In gran parte falso</b>	<b>Certamente falso</b>
33. Mi pare di ammalarmi un po' più facilmente degli altri	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
34. La mia salute è come quella degli altri	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
35. Mi aspetto che la mia salute andrà peggiorando	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Godo di ottima salute	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**ALLEGATO D**  
**Scheda Sociale**

**COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE (è il nucleo dove vive l'utente)**

<i>Cognome e nome</i>	<i>Età</i>	<b>Rapporto di parentela</b>	<i>Ultima professione</i>	<i>Persona significativa di Riferimento</i>

**ALTRE PERSONE SIGNIFICATIVE DI RIFERIMENTO (esterne al nucleo familiare)**

<i>Cognome e nome</i>	<i>Età</i>	<b>Relazione</b>	<i>Ultima professione</i>	<i>Persona significativa di Riferimento</i>

Note:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Indicazioni per la compilazione

Persone significative di riferimento - Vanno indicati i soggetti, parenti e non, che sono coinvolti nella cura della persona.

Relazione con la persona - Specificare se: parente (coniuge, figlio/a, fratello, sorella, nuora, genero), amico/a, vicino/a, conoscente, collaboratrice domestica, volontario.

## CONDIZIONE ECONOMICA DEL NUCLEO FAMILIARE

Reddito mensile utente (complessivo) al netto delle spese deducibili €/mese:

\_\_\_\_\_

Indennità di accompagnamento €/mese: €/mese:

\_\_\_\_\_

Assegno terapeutico e assimilabili

€/mese: \_\_\_\_\_

Altri benefici derivanti da €/mese: €/mese:

\_\_\_\_\_

Altri redditi familiari €/mese: €/mese:

\_\_\_\_\_

Note:

.....  
.....  
.....  
.....

## CONDIZIONE ABITATIVA

**Appartamento:**  Proprietà  Usufrutto a titolo gratuito  affitto da pubblico  affitto da privato  in atto sfratto

Contesto:  condominio  casa indipendente  casa rurale Zona:  urbana  suburbana  rurale

Piano dell'abitazione |\_\_| Ascensore  Si  No

N. Vani |\_\_|\_\_| Mq superficie |\_\_|\_\_| Terrazzo  Si  No

Camera dedicata  Si  No

Scale interne all'abitazione per raggiungere camere o servizi (ad esclusione di ambienti come cantine, soffitta, garage ecc.)  Si  No

Servizi igienici adeguati  Si  No Elettrodomestici adeguati  Si  No

### Indicazioni per la compilazione

N. Vani: Indicare il numero delle stanze escludendo la cucina non abitabile, il bagno e i vani di servizio (corridoio, cantine, garage,...).

Adeguato/Non adeguato: la valutazione va fatta considerando gli standard necessari per garantire la fruibilità dei servizi igienici o l'utilità degli elettrodomestici, in funzione delle capacità funzionali del soggetto.



		ORE																							
		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
LUNEDI'	F																								
	S																								
	V																								
	A																								
	P																								
Totale																									
MARTEDI'	F																								
	S																								
	V																								
	A																								
	P																								
Totale																									
MERCOLEDI'	F																								
	S																								
	V																								
	A																								
	P																								
Totale																									
GIOVEDI'	F																								
	S																								
	V																								
	A																								
	P																								
Totale																									
VENERDI'	F																								
	S																								
	V																								
	A																								
	P																								
Totale																									
SABATO	F																								
	S																								
	V																								
	A																								
	P																								
Totale																									
DOMENICA	F																								
	S																								
	V																								
	A																								
	P																								
Totale																									

MAPPA RIASSUNTIVA DELL'ASSISTENZA

F: Caregiver Familiare; S: Servizio Pubblico; V: Volontariato; A: Assistente Personale; P: Personale a Pagamento

