

Studio sull'organizzazione delle famiglie marchigiane nell'assistenza della popolazione anziana non autosufficiente

Questionario inerente la PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE

Distretto N.:		Sesso intervistato	M	①	F	②
Età intervistato:	75-79	①		Sigla Intervistatore:		
	80-84	②		Numero progressivo intervistato		
	85+:	③		Data intervista (GG/MM/ANNO):	__ / __ / __	

A. Dati socio-demografici: Per iniziare le farò alcune domande su di lei, quando è nato, che tipo di studi ha fatto, il lavoro svolto etc.

1.	Età (anni compiuti al momento dell'intervista)					
2.	Cittadinanza					
3.	Stato civile	Coniugato/a o in coppia convivente/di fatto	①			
		Separato/a, divorziato/a	②			
		Vedovo/a	③			
		Celibe/Nubile	④			
4.	Titolo di studio	Nessun titolo	①			
		Licenza elementare	②			
		Licenza media	③			
		Diploma di scuola superiore	④			
		Diploma post-secondario (non terziario)	⑤			
		Diploma terziario di tipo professionale	⑥			
		Laurea triennale (diploma accademico)	⑦			
		Laurea specialistica (Master)	⑧			
		Dottorato di ricerca				
5.	Attività svolta prevalentemente nel corso della vita	Lavoratore dipendente nel settore privato	①			
		Lavoratore dipendente nel settore pubblico	②			
		Lavoratore autonomo	③			
		Casalinga/o	④			
		Altro, specificare _____	⑤			
6.	Con chi vive? (rispondere a tutte le domande)					
	Da solo	Sì	①	No	②	
	Con coniuge o compagno/a	Sì	①	No	②	
	Con figli/figlie	Sì	①	No	②	
	Con assistenti a pagamento ("badante" convivente)	Sì	①	No	②	
	Con altri (specificare: _____)	Sì	①	No	②	
7.	Totale persone conviventi (compreso l'anziano): _____					

B. Abitazione

8. L'abitazione in cui abita è:

① di sua proprietà ② in affitto ③ altro (specificare: _____)

9.	Nella sua abitazione sono presenti degli accorgimenti che le permettono di svolgere più autonomamente le attività di vita quotidiana?	Sì	No, ma sarebbe utile	Non è necessario
	Vani delle porte allargati	②	①	②
	Corrimani	②	①	②
	Modifiche in bagno (e quali: _____)	②	①	②
	Modifiche in cucina (e quali: _____)	②	①	②
	Dispositivi di allarme (pulsanti, sensori) o di chiamata automatica (e quali: _____)	②	①	②
	Altro (specificare) _____ _____	②	①	②
10.	Si sente sicuro nella sua abitazione? (N.B.: NON RISPONDERE SE L'ANZIANO NON E' IN GRADO DI FARLO DA SOLO)	Molto sicuro	①	
		Abbastanza sicuro	②	
		Abbastanza insicuro	③	
		Molto insicuro	④	
		Se insicuro, può spiegare perché? _____		

C. Stato di salute, autonomia ed esigenze assistenziali

11.	In generale, come giudica la sua salute? (N.B.: NON RISPONDERE SE L'ANZIANO NON E' IN GRADO DI FARLO DA SOLO)				
	Eccellente ①	Molto buona ②	Buona ③	Discreta ④	Cattiva ⑤

Ora mi può dire se lei è in grado di svolgere le seguenti attività senza aiuto, con un po' di aiuto altrui, oppure non sarebbe assolutamente in grado di svolgerle, neanche se aiutato?

12.	Muoversi per casa	① Non in grado	① una sedia a rotelle senza aiuto o camminando con un aiuto fisico consistente	② Camminando con un po' di aiuto (guidato o supervisionato)	③ Senza aiuto, anche usando un ausilio (ad es. un bastone)
13.	Spostarsi da solo dal letto alla sedia, se questi sono vicini	① Non ha equilibrio sufficiente per stare seduto	② Aiuto fisico consistente (1 o 2 persone)	② Aiuto minore (verbale o fisico)	③ Senza aiuto

		Non in grado	Con un po' di aiuto	Senza aiuto
14.	Fare le scale	①	①	②
15.	Usare il gabinetto	①	①	②
16.	Farsi il bagno o la doccia	①	①	②
17.	Avere cura del suo aspetto (pettinarsi, truccarsi, farsi la barba, ecc.)	①	①	②
18.	Vestirsi da solo	①	①	②
19.	Mangiare da solo	①	①	②
20.	Lavori di casa (pulire pavimenti etc.)	①	①	②
21.	Prepararsi da mangiare	①	①	②
22.	Andare a far spese	①	①	②
23.	Gestire i suoi soldi	①	①	②
24.	Fare una telefonata	①	①	②
25.	Prendere le sue medicine	①	①	②
26.	Camminare fuori di casa	①	①	②

	Incontinenza	Frequentemente	Occasionalmente	No (Continente)
27.	Le capita di non riuscire a controllare il bisogno di urinare (incontinenza vescicale)?	① Una o più volte al giorno oppure necessita di catetere	① Meno di una volta al giorno	② No
28.	Le capita di avere problemi intestinali (incontinenza fecale o necessita di clistere)?	① Una o più volte la settimana oppure necessita di clistere	① Meno di una volta alla settimana	② No

	Ora le farò alcune domande per capire come riesce a “orientarsi”:	Corretto	Errato
29.	Quale è la data di oggi (giorno, mese, anno)?	①	①
30.	Che giorno della settimana è oggi?	①	①
31.	Quale è il nome di questo posto?	①	①
32.	Quale è il suo numero di telefono (o indirizzo di casa)?	①	①
33.	Quanti anni ha?	①	①
34.	Quando è nato?	①	①
35.	Chi è il Papa attuale Papa (o il Presidente della Repubblica)?	①	①
36.	Chi era il Papa precedente? (o il Presidente della Repubblica)?	①	①
37.	Quale era il nome di sua madre prima di sposarsi? *	①	①
38.	Faccia «20-3» e ora ancora -3 fino a 2	①	①
39.	(da non chiedere) L'intervistato è riuscito a rispondere?	Si ①	No ①

*: Si considera corretta se il soggetto indica un nome di donna con un cognome differente dal proprio (in caso di omonimia, casuale o per parentela, fra padre e madre la risposta con lo stesso cognome è da intendersi corretta).

D. Supporto ricevuto

Da chi, e con che frequenza settimanale, riceve aiuto per le seguenti attività?	Non ho bisogno di aiuto per questa attività	Familiare principale (colui che risponde al questionario del caregiver)		Altri familiari		Altri informali (vicini, amici, volontari)		Assistente privato convivente		Altro assistente privato (ad es. colf)		Operatori di organizzazi oni private		Operatori del Comune		Operatori della ASL	
		giorni a settimana	ore a settimana	giorni	ore	giorni	ore	giorni	ore	giorni	ore	giorni	ore	giorni	ore	giorni	ore
40. Cura ed igiene personale	①																
41. Mobilità domestica	①																
42. Vigilanza e/o supervisione	①																
43. Compiti / lavori domestici (compreso cucinare)	①																
44. Mobilità extradomestica (inclusi trasporti e commissioni esterne)	①																

Se viene aiutata da un'assistente privata a pagamento (“badante”), potrebbe indicarci alcuni aspetti dell'aiuto che le fornisce?

45.	Non vengo aiutato/a da un'assistente privata	①	
		Convivente	
46.	Da quanti mesi ha questo tipo di aiuto? (considerando tutte le assistenti che si sono succedute nel tempo)		
47.	In totale, per quante ore a settimana? (in media)		
48.	Con quale costo mensile?		
49.	Di che nazionalità è l'assistente?		
50.	E' uomo o donna?	M ①	F ②
51.	Che età ha?	M ①	F ②
52.	Sa se ha ricevuto una formazione specifica su come svolgere assistenza a persone anziane o disabili?	Si ①	No ②
53.	Se si, da chi l'ha ricevuta? (specificare) :		
54.	Cosa pensa dell'aiuto che riceve da questa/e assistente/i? _____		

E. Utilizzo di servizi

Oltre all'assistenza da familiari/badanti, nell'ultimo anno ha utilizzato altri servizi, ad esempio del Comune, della ASL o privati?

Tipo di servizio	Si, l'ho usato	Con che frequenza l'ha usato?			Quanto ha dovuto pagare per questo servizio, all'anno?	E' soddisfatto di questo servizio?				Se non è soddisfatto, perché?								
		Settimanale	Mensile	Meno frequente		Molto insoddisfatto	Insoddisfatto	Così così	Soddisfatto	Molto soddisfatto	1	2	3	4	5	6	7*	
Pubblico																		
	Ambulatoriale																	
55. Medico di base	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
56. Medico specialista	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
57. Infermiere	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
58. Terapista riabilitativo	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
59. Assistente sociale	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
60. Altro (spec.) _____	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
	Domiciliare																	
61. Infermiere	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
62. Terapista riabilitativo	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
63. Cura personale	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
64. Cura della casa	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
65. Pasti a domicilio	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
66. Altro:	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
	Altro servizio				③													
67. Trasporto	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
68. Centro diurno	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
69. Altro:	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
	Privato																	
70. Medico specialista	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
71. Infermiere	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
72. Terapista riabilitativo	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
73. Colf (domestica)	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
74. Residenza temporanea	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
75. Altro:	①	①	②	③		①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	

*: Specificare gli "altri motivi" di insoddisfazione nell'uso dei servizi (ultima colonna della tabella precedente):

Servizio:	Motivo di insoddisfazione:	Suggerimenti:
Servizio:	Motivo di insoddisfazione:	Suggerimenti:
Servizio:	Motivo di insoddisfazione:	Suggerimenti:

76. Quali ulteriori suggerimenti darebbe per migliorare ciò che non va? (N.B.: NON RISONDERE SE L'ANZIANO NON E' IN GRADO DI FARLO DA SOLO)

77.	Pensando a strumenti e tecnologie moderne utilizzate per accedere ai servizi esistenti, mi può dire se li usa e se incontra difficoltà ad usarli?	Sì, da solo (senza problemi)	Sì, con aiuto	No perché:	
				non so usarlo	non mi serve
	Telefono cellulare (solo per audio chiamate e SMS)	③	②	①	①
	Smartphone (es. per audio/video chiamate, SMS, Whatsapp)	③	②	①	①
	PC o Tablet (es. per scrittura, posta Elettronica, social networks, skype, internet)	③	②	①	①
	Allarme o chiamata a distanza (es. Tele-Beghelli)	③	②	①	①
	Altro (<i>solo se non già menzionato sopra</i>) _____	③	②	①	①
	Altro (specificare: _____)	③	②	①	①

78.	In futuro, sarebbe disposto a prendere in considerazione il ricovero in casa di riposo?	
	No, in nessun caso	①
	Sì, ma solo se le mie condizioni peggiorassero	②
	Sì, anche se le mie condizioni rimanessero stabili	③

F. Rapporti sociali e qualità della vita ((N.B.: NON RISONDERE ALLE DOMANDE 79-87 SE L'ANZIANO NON E' IN GRADO DI FARLO DA SOLO)

	Ora le chiederò come si sente rispetto ad alcuni aspetti della sua vita.					
79.	Quanto è facile per Lei farsi aiutare dai Suoi vicini di casa, se ne ha bisogno?	Molto difficile ①	②	③	④	Molto facile ⑤
80.	Su quante persone vicine a Lei può contare realmente, se ha dei problemi?	Nessuno ①	1-2 ②	3-5 ③	Più di 5 ④	
81.	Le persone che Le stanno vicino si preoccupano concretamente per Lei?	Per niente ①	②	③	④	Molto ⑤

Quanto spesso, nelle ultime due settimane, ...		Sempre	La maggior parte del tempo	Più della metà del tempo	Meno della metà del tempo	Qualche volta	Mai
82.	...si è sentito allegro e di buonumore	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
83.	...si è sentito tranquillo e rilassato	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
84.	...si è sentito attivo e pieno di energie	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
85.	...si è svegliato fresco e riposato	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
86.	...la sua vita quotidiana è stata ricca di cose che le interessano	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
87.	Nel complesso, come giudica la qualità della sua vita nelle ultime due settimane?						
	Molto cattiva ⑤	Cattiva ④	Né buona né cattiva ③	Buona ②	Molto buona ①		

88.	Nel corso dell'ultimo anno, ha o avrebbe avuto difficoltà a far fronte alle seguenti spese, se ne avesse avuto bisogno?	Si	No
a.	affitto, bollette, mutuo o altro prestito	(1)	(0)
b.	riscaldamento adeguato dell'abitazione	(1)	(0)
c.	spese impreviste (pari a 650 euro se l'anziano vive solo; 1100 se in coppia; 1550 se in 3; 1800 se in 4; 2000 euro se in 5 o più persone)	(1)	(0)
d.	un pasto adeguato almeno ogni due giorni (a base di carne, pesce o equiv. vegetariano)	(1)	(0)
e.	una settimana di vacanza lontano da casa	(1)	(0)
f.	acquisto di un televisore a colori	(1)	(0)
g.	acquisto di una lavatrice	(1)	(0)
h.	acquisto di un'automobile	(1)	(0)
i.	acquisto di un telefono	(1)	(0)
j.	pagamento dell'assistente privata ("badante")	(1)	(0)
k.	visite specialistiche, acquisto di farmaci o esami diagnostici	(1)	(0)
l.	altre difficoltà (specificare) _____	(1)	(0)

N.B.: SE L'ANZIANO E' SOLO E NON C'E' UN FAMIGLIARE CHE RISPONDA ALL'ALTRO QUESTIONARIO, SI PREGA DI SOTTOPORRE ALL'ANZIANO ANCHE LE DOMANDE C84 (IN PARTICOLARE SU INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO E ASSEGNI DI CURA DI COMUNE E/O REGIONE), C85 E C86 DEL QUESTIONARIO PER IL FAMIGLIARE.

89. C'è altro che vorrebbe aggiungere, per segnalare ciò che Regione, comune o ASL dovrebbero fare per aiutare persone anziane non autosufficienti come lei? _____

90. (N.B.: DA COMPILARE A CURA DELL'INTERVISTATORE AL TERMINE DELL'INTERVISTA) Le risposte alle domande del questionario sull'anziano sono state fornite da:

anziano da solo	soprattutto dall'anziano	soprattutto dal famigliare dell'anziano	dal famigliare caregiver da solo
①	②	③	④

Questionario per il FAMIGLIARE CAREGIVER

ID (codice intervista)

Data intervista

 /

GG / MM / AA

N.B.: chiedere quale nome l'intervistato desidera usare per la persona a cui presta assistenza (ad esempio "mia madre", "Enrico"...), e usare quel nome quando nel testo appare la parola ANZIANO).

Domanda iniziale di verifica:

C1.	E' lei il famigliare che assiste maggiormente l'ANZIANO (di cui al primo questionario)? (in caso affermativo, procedere; altrimenti individuarlo)		Sì <input type="radio"/> ①	No <input type="radio"/> ②	
C2.	Età	<input type="text"/>			
C3.	Sesso	Maschile <input type="radio"/> ①	Femminile <input type="radio"/> ②		
C4.	Cittadinanza	<input type="text"/>			
C5.	Stato civile	Coniugato/Convivente <input type="radio"/> ①	Vedovo <input type="radio"/> ②		
		Divorziato/Separato <input type="radio"/> ③	Nubile/Celibe <input type="radio"/> ④		
C6.	Titolo di studio	Nessun titolo <input type="radio"/> ①			
		Licenza elementare <input type="radio"/> ①			
		Licenza media <input type="radio"/> ②			
		Diploma di scuola superiore <input type="radio"/> ③			
		Diploma post-secondario (non terziario) <input type="radio"/> ④			
		Diploma terziario di tipo professionale <input type="radio"/> ⑤			
		Laurea triennale (diploma accademico) <input type="radio"/> ⑥			
		Laurea specialistica (Master) <input type="radio"/> ⑦			
		Dottorato di ricerca <input type="radio"/> ⑧			
C7.	Qual'è il suo rapporto di parentela CON L'ANZIANO?	Coniuge/Convivente <input type="radio"/> ①	Figlia/o <input type="radio"/> ②		
		Sorella/Fratello <input type="radio"/> ③	Nuora/Genero <input type="radio"/> ④		
		Zio/zia <input type="radio"/> ⑤	Nipote (figlio/a di fratello) <input type="radio"/> ⑥		
		Cugino/a <input type="radio"/> ⑦	Cognato/a <input type="radio"/> ⑧		
		Nipote (figlio/a di figlio/a) <input type="radio"/> ⑨	Altro (specificare qui sotto) <input type="radio"/> ⑩		
		<input type="text"/>			
C8.	Dove vivete, Lei e l'ANZIANO?	Nella stessa casa <input type="radio"/> ①			
		In diversi appartamenti ma nello stesso palazzo <input type="radio"/> ②			
		Ad una distanza raggiungibile a piedi <input type="radio"/> ③			
		A 10 minuti di viaggio in auto, bus o treno <input type="radio"/> ④			
		A 30 minuti di viaggio in auto, bus o treno <input type="radio"/> ⑤			
		A non più di 1 ora di viaggio in auto, bus o treno <input type="radio"/> ⑥			
		Ad oltre 1 ora di viaggio in auto, bus o treno <input type="radio"/> ⑦			

VORREMMO ORA PORLE ALCUNE DOMANDE SUL SUO RUOLO, SULLE SUE RESPONSABILITÀ E SU COME L'ATTIVITÀ DI ASSISTENZA HA INFLUITO SULLA SUA VITA.

C9.	Da quanto tempo (in mesi) Lei assiste l'ANZIANO?	Mesi:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C10.	E, in media, quante ore a settimana dedica all'assistenza dell'ANZIANO?	Ore:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C11.	A quanti familiari di 65 anni o più fornisce attualmente assistenza o supporto per più di 4 ore a settimana?	<input type="text"/>
C12.	A quante altre persone <u>non anziane</u> (ad es. figli, nipoti) Lei fornisce aiuto/ supporto?	<input type="text"/>
C13.	Nel complesso, quante ore alla settimana dedica all'assistenza di tutte le altre persone, escluso l'ANZIANO?	<input type="text"/>

C14.	A suo avviso, l'ANZIANO è al sicuro nella sua abitazione?			
	Molto sicuro	Abbastanza sicuro	Abbastanza insicuro	Molto insicuro
	①	②	③	④
	Se insicuro (ultime due risposte, può spiegare perché? _____)			

C15.	Quanto si sente sicuro nel camminare da solo/a in questa zona/nel vicinato di sera quando è buio?			
	Molto sicuro	Sicuro	Insicuro	Molto insicuro
	①	②	③	④
	Se insicuro (ultime due risposte, può spiegare perché? _____)			

ALCUNE TRA LE SITUAZIONI PIÙ STRESSANTI PER CHI ASSISTE UN ANZIANO SONO LEGATE AI SUOI PROBLEMI DI MEMORIA E DI COMPORTAMENTO. IN PROPOSITO:

C16.	L'ANZIANO presenta problemi di comportamento? <small>(Come vagare per casa, ripetere continuamente ciò che ha udito, urlare senza motivo, ecc.)</small>	Si ①	No (vai alla C18) ①		
(N.B.: DA PORRE SOLO SE HA RISPOSTO SI ALLA DOMANDA PRECEDENTE) Con quale frequenza l'ANZIANO si comporta nei seguenti modi?		Gran parte del tempo	Qual -che volta	Rara-mente	Mai
C17.	Vaga per casa o fuori casa o si comporta in modo pericoloso per la propria incolumità?	③	②	①	①
C18.	Ha difficoltà a condurre una normale conversazione, non si rende conto di avere dei problemi, non collabora con le Sue richieste?	③	②	①	①
C19.	Si comporta in modi che La agitano? Per esempio le fa continuamente delle domande, la segue nei suoi spostamenti, ripete le stesse frasi, urla e strilla senza una particolare ragione, si veste o sveste in modo inappropriato?	③	②	①	①

C20.	Se Lei fosse malato, ci sarebbe qualcuno che potrebbe aiutarla nell'assistenza all'ANZIANO?	Sì, potrei trovare qualcuno abbastanza facilmente			①
		Sì, potrei trovare qualcuno ma con qualche difficoltà			②
		No, nessuno			③
C21.	Se Lei avesse bisogno di una pausa dall'assistenza, ci sarebbe qualcuno che potrebbe badare all'ANZIANO al suo posto?	Sì, potrei trovare qualcuno abbastanza facilmente			①
		Sì, potrei trovare qualcuno ma con qualche difficoltà			②
		No, nessuno			③

C22.	Carico assistenziale	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
	Ritiene di non avere abbastanza tempo per sè stessa a causa del tempo dedicato all'ANZIANO?	①	②	③	④	
	Si sente stressato tra il prendersi cura dell'ANZIANO e il cercare di far fronte ad altre responsabilità?	①	②	③	④	
	Si sente affaticato quando si occupa dell'ANZIANO?	①	②	③	④	
	Si sente insicuro su cosa fare per il suo ANZIANO?	①	②	③	④	

Le prossime domande si riferiscono al sostegno che lei sente di avere come familiare che assiste:			Sempre	Spesso	A volte	Mai
C23.	Riesce a svolgere in modo soddisfacente il Suo ruolo di assistente?	④	③	②	①	
C24.	Trova che assistere sia troppo impegnativo?	①	②	③	④	
C25.	Assistere Le crea qualche difficoltà nei rapporti con i Suoi amici?	①	②	③	④	
C26.	Assistere ha un effetto negativo sul Suo stato di salute fisica?	①	②	③	④	
C27.	Assistere le crea delle difficoltà nei rapporti con la Sua famiglia?	①	②	③	④	
C28.	Fornire assistenza Le causa difficoltà finanziarie?	①	②	③	④	
C29.	Si sente "intrappolato" nel Suo ruolo di assistente?	①	②	③	④	
C30.	Si sente adeguatamente sostenuto dai Suoi amici/vicini di casa?	④	③	②	①	
C31.	Trova che valga la pena fornire assistenza?	④	③	②	①	
C32.	Si sente adeguatamente sostenuto dalla Sua famiglia?	④	③	②	①	
C33.	Ha un buon rapporto con la persona che assiste?	④	③	②	①	
C34.	Si sente adeguatamente sostenuto dai servizi sanitari e sociali (pubblici, privati o volontari)?	④	③	②	①	
C35.	Ritiene di essere apprezzato per il fatto che Lei assiste?	④	③	②	①	
C36.	Assistere ha un effetto negativo sul Suo equilibrio emotivo?	④	③	②	①	
C37.	Nell'insieme, si sente adeguatamente sostenuto nel Suo ruolo di assistente?	④	③	②	①	

C38.	In generale, come giudica la sua salute:						
	Eccellente	Molto buona	Buona	Discreta	Cattiva		
	①	②	③	④	⑤		
	Nelle ultime due settimane ...	Sempre	La maggior parte del tempo	Più della metà del tempo	Meno della metà del tempo	Qualche volta	Mai
C39.	Mi sono sentito allegro e di buonumore	⑤	④	③	②	①	①
C40.	Mi sono sentito tranquillo e rilassato	⑤	④	③	②	①	①
C41.	Mi sono sentito attivo e pieno di energie	⑤	④	③	②	①	①
C42.	Mi sono svegliato fresco e riposato	⑤	④	③	②	①	①
C43.	La mia vita quotidiana è stata ricca di cose che mi interessano	⑤	④	③	②	①	①
C44.	Nel complesso, come giudica la qualità della sua vita nelle ultime due settimane?						
	Molto cattiva	Cattiva	Né buona né cattiva	Buona	Molto buona		
	⑤	④	③	②	①		

C45.	Ci sono dei servizi che Lei o l'ANZIANO non usate, ma dei quali avreste bisogno?			
	NO (in tal caso, andare alla domanda C48) ①	SI (rispondere a domande in zona grigia) ①		
C46.	Se sì, quali? (riportare qui sotto i 3 più importanti)			
C47.	E perché non li utilizzate? (N.B.: barrare tutte le caselle che interessano)	Servizio 1:	Servizio 2:	Servizio 3:
	<input type="checkbox"/> Troppo costoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Troppo distante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Bassa qualità del servizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Non più disponibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Mancanza/perdita dei requisiti per usarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Altro motivo (specificare)			

Nella sua situazione <u>attuale</u> , per lei e per l'ANZIANO, quanto è importante un supporto che fornisca...?	Importanza					Di quali lei avrebbe maggior bisogno? (max 3)
	Estremamente	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla	
C48 Informazioni su aiuti e supporti disponibili, e come accedervi	④	③	②	①	①	①
C49 Informazioni sulle malattie dell'ANZIANO	④	③	②	①	①	①
C50 Formazione per sviluppare le abilità che le servono per assistere	④	③	②	①	①	①
C51 Opportunità di partecipare ad attività fuori dell'assistenza	④	③	②	①	①	①
C52 Possibilità di fare una vacanza o una pausa dall'assistenza	④	③	②	①	①	①
C53 Opportunità per l'ANZIANO di intraprendere attività che lo divertano	④	③	②	①	①	①
C54 Aiuto nel pianificare l'assistenza futura	④	③	②	①	①	①
C55 Possibilità di conciliare l'assistenza con il lavoro retribuito	④	③	②	①	①	①
C56 Possibilità di partecipare ad un gruppo di supporto per familiari di anziani	④	③	②	①	①	①
C57 Più denaro per comprare ciò che è utile a fornire un'assistenza adeguata	④	③	②	①	①	①
C58 Opportunità di passare più tempo con la Sua famiglia	④	③	②	①	①	①
C59 Aiuto per adattare l'ambiente abitativo dell'ANZIANO	④	③	②	①	①	①

Caratteristiche dei servizi		Importanza					Al momento, di quali lei sente di più la mancanza? (max 3)
Nella sua situazione <u>attuale</u> , quanto è importante per Lei...?		Estremamente	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla	
C60.	Che l'aiuto sia disponibile nel momento in cui Lei ne ha più bisogno	④	③	②	①	①	
C61.	Che l'aiuto si adatti bene ai Suoi orari e alle Sue abitudini	④	③	②	①	①	
C62.	Che l'aiuto arrivi quando è stato promesso	④	③	②	①	①	
C63.	Che gli addetti all'assistenza abbiano le capacità e la preparazione necessarie	④	③	②	①	①	
C64.	Che gli addetti all'assistenza trattino l'ANZIANO con dignità e rispetto	④	③	②	①	①	
C65.	Che gli addetti all'assistenza La trattino con dignità e rispetto	④	③	②	①	①	
C66.	Che il Suo punto di vista e le Sue opinioni siano ascoltate	④	③	②	①	①	
C67.	Che l'aiuto fornito migliori la qualità di vita dell'ANZIANO	④	③	②	①	①	
C68.	Che l'aiuto migliori la Sua qualità di vita	④	③	②	①	①	
C69.	Che l'aiuto fornito non sia troppo costoso	④	③	②	①	①	
C70.	Che l'aiuto venga sempre dallo stesso addetto	④	③	②	①	①	
C71.	Che l'aiuto consideri sia i Suoi bisogni, sia quelli dell'ANZIANO	④	③	②	①	①	

C72.	Per il futuro, cosa pensa dell'idea di ricorrere ad una struttura come una casa di riposo?
	No, in nessun caso ①
	Sì, ma solo se le condizioni dell'ANZIANO peggiorassero ②
	Sì, anche se le condizioni dell'ANZIANO rimanessero stabili ③

C73.	Lei sta attualmente lavorando?	Sì ① (rispondere alle domande nella sezione grigia)	No ① Andare alla domanda C79
		Quante ore lavora in una settimana tipo? <input type="text"/>	
C74.	Se Lei lavora, Lei è...?	Lavoratore dipendente nel settore privato ①	Lavoratore dipendente nel settore pubblico ②
		Lavoratore autonomo ③	Altro (specificare qui sotto) ④
C75.	Il fatto di assistere l'ANZIANO l'ha spinta a ridurre il suo orario di lavoro?	Sì ①	No ① In tal caso andare alla domanda C81
	Se sì, di quante ore alla settimana? <input type="text"/>		
C76.	Qual è stata la variazione del suo reddito al mese?	Segno della variazione	Positivo ① Negativo ②
C77.	Fa ricorso ai benefici della legge 104/1992?	Sì ①	No ①
C78.	Se sì, di quali?	Permessi retribuiti ① Congedo retribuito ①	Altro (specificare) _____

CHIEDERE DOMANDE SEGUENTI SOLO A CHI NON LAVORA

C79.	Se non lavora, Lei è ...?		Pensionato ①	Non occupato e in cerca di lavoro ②	
	In aspettativa/congedo per motivi di salute ma intenzionato a tornare a lavorare ③		Casalinga/casalingo ④		
C80.	Se Lei non lavora, l'attività di assistenza ha determinato alcune delle seguenti restrizioni alla sua vita lavorativa o alla sua carriera? (possibili più risposte)				
	Non mi consente di lavorare ①	Ho dovuto smettere di lavorare ② In tal caso, quante ore a settimana lavorava prima di smettere? _____			
C81.	CHIEDERE A TUTTI: L'attività di assistenza ha determinato alcune delle seguenti restrizioni alla sua vita lavorativa o alla sua carriera?				
	Non posso (o non ho potuto) sviluppare la mia carriera professionale o i miei studi		Sì ①	No ②	
	Posso (o ho potuto) lavorare solo saltuariamente		Sì ①	No ②	
	Altro (specificare sotto)		Sì ①	No ②	
Specificazione di "Altro": _____					

Vorremmo conoscere ora la sua opinione su alcune nuove tecnologie nel supporto dei familiari che assistono persone anziane non autosufficienti.

C82.	Tecnologie	Non so cos'è	So cos'è...		Secondo lei, questo strumento è o potrebbe essere utile per entrare in contatto con:							
			...ma non lo uso	...e lo uso già	Altri familiari con cui discutere e supportarsi reciprocamente				Professionisti socio-sanitari (ad es. medico, psicologo, ecc.) da cui ricevere supporto			
					per niente	poco	abbastanza	molto	per niente	poco	abbastanza	molto
	Social network dedicati	①	①	①	①	②	③	④	①	②	③	④
	Messaggi privati	①	①	①	①	②	③	④	①	②	③	④
	Forum online	①	①	①	①	②	③	④	①	②	③	④
	Chat	①	①	①	①	②	③	④	①	②	③	④
	Videochat	①	①	①	①	②	③	④	①	②	③	④
	Altro (specificare): _____											
		①	①	①	①	②	③	④	①	②	③	④

Passiamo ora a qualche domanda finale sulle spese per l'assistenza.

C83.	L'attività assistenziale ha procurato delle spese aggiuntive a lei, come familiare, che le hanno creato dei problemi nell'ultimo anno?	Non ho avuto spese aggiuntive	Se le ha avute, le hanno creato dei problemi?			
			per niente	poco	abbastanza	molto
	a. Adattamento di ambienti domestici e/o mobilio	①	①	②	③	④
	b. Spese di trasporto	①	①	②	③	④
	c. Visite specialistiche o esami di laboratorio	①	①	②	③	④
	d. Farmaci e/o cibi speciali	①	①	②	③	④
	e. Ausili (protesi, dispositivi vari etc.)	①	①	②	③	④
	f. assistente privata ("badante")	①	①	②	③	④
	g. altre spese (specificare: _____)	①	①	②	③	④

Torniamo per un attimo all'ANZIANO (N.B.: RIVOLGERE O RIFERIRE LE DOMANDE ALL'ANZIANO):

C84.	Quali sono le fonti del reddito mensile individuale dell'ANZIANO?	sì	no
	Pensione da lavoro	①	②
	Pensione sociale (<i>per persone oltre i 67 anni con redditi inferiori a 5.954,00 euro annui</i>)	①	②
	Pensione di invalidità o indennità di disabilità	①	②
	Indennità di accompagnamento	①	②
	Pensione ai superstiti/di reversibilità (<i>per vedovi/e, eredi di deceduti</i>)	①	②
	Rendite/redditi da patrimonio (<i>affitti, interessi su titoli, dividendi, ecc.</i>)	①	②
	Assegno di cura del Comune (<i>contributo spendibile anche per assistenza privata</i>)	①	②
	Assegno di cura della Regione	①	②
	Altre fonti (specificare) _____	①	②
	Nessuna fonte di reddito (<i>in tal caso saltare le due domande successive</i>)	①	②

C85.	Considerando tutte le fonti, in quale fascia si colloca l'importo del <u>reddito individuale netto mensile dell'ANZIANO</u> , approssimativamente?						
	Meno di 250 euro al mese ①	Da 250 a 500 ②	Da 500 a 750 ③	Da 750 a 1000 ④	Da 1000 a 1500 ⑤	Da 1500 a 2000 ⑥	Oltre 2000 euro/mese ⑦
C86.	E quello familiare netto complessivo del nucleo dell'ANZIANO?						
	Meno di 1000 ①	da 1000 a 1500 ②	da 1500 a 2000 ③	Da 2000 a 2500 ④	Da 2500 a 3000 ⑤	Oltre 3000 ⑥	

C87. C'è nient'altro che vorrebbe aggiungere, per segnalare ciò che la Regione, il comune o la ASL dovrebbero fare per aiutare I FAMIGLIARI di persone anziane non autosufficienti come quella che lei assiste?

(ringraziare e chiudere l'intervista)