



# Indagine sui bisogni e sulla qualità della vita delle persone diversamente abili

1. Questionario familiare

2. Questionario per la persona disabile

Questionario n°  Zona

---

---

Il questionario le è stato consegnato dal Sig. \_\_\_\_\_  
che potrà contattare al n° tel. \_\_\_\_\_  
e passerà a ritirarlo il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

---

---



**1**

**Questionario familiare**

*Il questionario può essere compilato dal disabile stesso o da un suo familiare. Le risposte devono essere riferite comunque all'intera famiglia. Per famiglia si intende l'insieme delle persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi, coabitanti ed aventi dimora abituale nello stesso comune.*

**Modulo A: Informazioni generali sulla famiglia del disabile**

**A.1. Persona che compila il questionario familiare è:**

- 1 [ ] Il disabile stesso
- 2 [ ] Il padre del disabile
- 3 [ ] La madre del disabile
- 4 [ ] Il coniuge del disabile
- 5 [ ] Un altro parente convivente .....
- 6 [ ] Un altro parente non convivente .....
- 7 [ ] Un amico
- 8 [ ] Un tutore
- 9 [ ] Altro .....

**A.2. Comune di residenza**

**A.3. Quartiere/frazione**

**A.4. La persona disabile vive...**

- 1 [ ] In casa, in una famiglia da lui costituita
- 2 [ ] In casa, nella famiglia dei genitori
- 3 [ ] Presso altri parenti
- 4 [ ] In una Comunità Alloggio
- 5 [ ] In Istituto
- 6 [ ] altro (specificare .....

**A.5. N° di componenti il nucleo familiare (compresa la persona disabile): n° [ ][ ]**

**A.6. Per ogni componente della famiglia, compresa la persona disabile a cui è rivolto il presente questionario (indicata come componente n°1), compilare la tabella sottostante:**

N° comp.	Disabile		Sesso		Età	Stato civile				Relazione di parentela con disabile						Condizione professionale							Titolo di studio					Luogo di residenza alla nascita			
	Sì	No	M	F		1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	<input checked="" type="checkbox"/>	No	M	F																											
2	<input type="checkbox"/>	No	M	F																											
3	<input type="checkbox"/>	No	M	F																											
4	<input type="checkbox"/>	No	M	F																											
5	<input type="checkbox"/>	No	M	F																											
6	<input type="checkbox"/>	No	M	F																											
7	<input type="checkbox"/>	No	M	F																											
8	<input type="checkbox"/>	No	M	F																											
9	<input type="checkbox"/>	No	M	F																											
10	<input type="checkbox"/>	No	M	F																											

1. Celibe/ nubile  
2. Coniug./ Conv.  
3. Separ./Div.  
4. Vedovo/a

1. Coniuge/convivente  
2. Genitore  
3. Figlio/a  
4. Fratello/sorella  
5. Altro parente convivente  
6. Altro  
  
NB: le parentele sono da intendersi rispetto alla persona disabile

1. In cerca di occupazione  
2. Occupato stabile  
3. Occupato precario  
4. Casalinga  
5. Studente  
6. Inabile al lavoro  
7. Pensionato  
8. Altro

1. Senza titolo – non sa leggere, né scrivere  
2. Senza titolo –sa leggere e scrivere  
3. Licenza elementare  
4. Licenza media inferiore  
5. Diploma scuola media sup.  
6. Laurea o sup.

1. Stesso comune di residenza  
2. Stessa provincia di residenza  
3. Altra provincia nella stessa regione  
4. Altra regione



## Modulo B: Abitazione, reddito

**B.1. L'abitazione dove la famiglia risiede si trova:**

- 1 [ ] in centro (del comune)
- 2 [ ] fuori dal centro (periferia)
- 3 [ ] in paese/frazione
- 4 [ ] è isolata (o in piccolo gruppo di case)

**B.2. Ritiene che l'abitazione sia adeguata alle esigenze della sua famiglia?**

- 1 [ ] sì, è una casa confortevole
- 2 [ ] sì, non è il massimo, ma ha quello che ci serve
- 3 [ ] sì, è appena sufficiente
- 4 [ ] no, è insufficiente

**B.3. Se è inadeguata, cosa manca secondo lei?**

- 1 [ ] è troppo piccola
- 2 [ ] è poco riscaldata
- 3 [ ] manca l'ascensore
- 4 [ ] i servizi igienici sono insufficienti
- 5 [ ] ci sarebbero molti lavori da fare
- 6 [ ] mancano spazi esterni
- 7 [ ] altro (specificare.....)

**B.4. La abitazione ha ostacoli che rendono difficile o impossibile l'accesso e gli spostamenti al suo interno per la persona disabile?**

- 1 [ ] Sì
- 2 [ ] No

**B.5. A che titolo la famiglia occupa l'abitazione?**

- 1 [ ] Affitto
- 2 [ ] Proprietà
- 3 [ ] Comodato
- 4 [ ] Altro titolo

**B.6. Quali sono le fonti di reddito della famiglia? Può indicare anche qual è la principale?**

- |  | Principale |
|--|------------|
| 1 [ ] reddito da lavoro.....                 | [ ]        |
| 2 [ ] pensione da lavoro .....               | [ ]        |
| 3 [ ] pensione sociale o di invalidità ..... | [ ]        |
| 4 [ ] pensione di reversibilità .....        | [ ]        |
| 5 [ ] assegno di accompagnamento.....        | [ ]        |
| 6 [ ] altri aiuti pubblici .....             | [ ]        |
| 7 [ ] rendita (terreni, azioni, etc.).....   | [ ]        |
| 8 [ ] altro (specificare .....               | [ ]        |
| .....)                                       | [ ]        |

**B.7. Ci può dire quale in quale fascia di reddito netto mensile si situa la sua famiglia? (consideri la somma di tutti i redditi sopra citati)**

- 1 [ ] Meno di 500 euro
- 2 [ ] Da 500 a 1.000
- 3 [ ] Da 1.000 a 1.500
- 4 [ ] Da 1.500 a 2.000
- 5 [ ] Da 2.000 a 3.000
- 6 [ ] Da 3.000 a 4.000
- 7 [ ] 4.000 e più
- 8 [ ] Preferisco non rispondere
- 9 [ ] Non so

**B.8. Ritiene che il suo reddito familiare sia:**

- 1 [ ] assolutamente insufficiente
- 2 [ ] appena sufficiente, non sono/siamo in grado di far fronte a eventuali emergenze
- 3 [ ] sufficiente per fare una vita dignitosa
- 4 [ ] più che sufficiente, mi posso/ci possiamo permettere qualcosa in più del necessario
- 5 [ ] buono, posso/possiamo permetterci/ci una vita agiata



## Modulo C: La rete di aiuto e i costi della disabilità

*Le domande di questa sezione sono finalizzate a valutare la rete di aiuto su cui la famiglia può contare e quanto incida in termini economici la presenza di una persona disabile all'interno della famiglia e quali sono i costi connessi alle necessità di cura e assistenza della persona disabile.*

### C.1. La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto non retribuito di persone non conviventi? (una risposta per ogni riga)

C.1.1. Parenti .....	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Talvolta
C.1.2. Amici .....	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Talvolta
C.1.3. Vicini .....	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Talvolta
C.1.4. Persone appartenenti ad una associazione di volontariato .....	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Talvolta
C.1.5. Altre persone (specificare _____ )	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Talvolta

### C.2. La famiglia fa ricorso o ha fatto ricorso in passato per la cura della persona disabile a servizi di assistenza domiciliare da parte di personale pubblico o privato?

- 1  Sì, ne usufruiamo attualmente  
 2  Sì, ma solo in passato  
 3  No, ma stiamo cercando qualcuno  
 4  No, mai

### C.3. Se sì, quali tipologie di servizio di assistenza domiciliare, da parte di personale incaricato dalla Asl o dal Comune, la famiglia utilizza anche solo saltuariamente? (una risposta per ogni servizio, indicare anche il n° approssimativo medio di ore settimanali)

	Mai utilizzato	Lo utilizziamo saltuariamente	Lo utilizziamo regolarmente	Per quante ore in media alla settimana
Ass. domiciliare solo <u>sociale</u> (pasti, pulizie, ecc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _
Ass. domiciliare solo <u>sanitaria</u> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _
Ass. domiciliare <u>integrata</u> (sanitaria e sociale) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _

### C.4. La famiglia, per la cura della persona disabile, quali dei seguenti servizi a pagamento utilizza? (una risposta per ogni servizio, indicare anche il n° approssimativo medio di ore settimanali)

	Mai utilizzato	Lo utilizziamo saltuariamente	Lo utilizziamo regolarmente	Per quante ore in media alla settimana
Assistenza domiciliare sanitaria .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _
Badante che coabita con la famiglia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _
Badante che non coabita .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _
Collaboratrice domestica .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _
Baby sitter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _
Altro (specificare .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _

### C.5. Quali delle seguenti spese la famiglia deve sostenere per la persona con disabilità? Può dirci anche mediamente ogni mese quanto spende per ognuna delle voci elencate?

	Spesa media mensile
1 <input type="checkbox"/> Visite e assistenza medico-sanitaria generica	Euro
2 <input type="checkbox"/> Visite Assistenza medico-sanitaria specialistica	Euro
3 <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare stabile ("badante")	Euro
4 <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare occasionale/saltuaria	Euro
5 <input type="checkbox"/> Medicinali	Euro
6 <input type="checkbox"/> Ausili vari	Euro
7 <input type="checkbox"/> Altri costi (specificare .....	Euro



## Modulo D: Relazioni, tempo libero, partecipazione sociale

Le domande seguenti cercano di valutare le relazioni, le attività svolte nel tempo libero e il livello di partecipazione sociale dei membri della famiglia non disabili, con particolare riferimento alle persone che si occupano più frequentemente della cura della persona disabile.

### D.1. Con quale frequenza i membri della vostra famiglia riescono a svolgere le seguenti attività?

	Tutti i giorni	Qualche volta a settimana	Una volta a settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta durante l'anno	Mai
Incontrare (in casa o fuori) parenti non conviventi.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Incontrare (in casa o fuori) amici.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Comunicare telefonicamente con parenti non conviventi.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Comunicare telefonicamente con amici.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Svolgere attività fisica o sportiva .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Recarsi a funzioni religiose.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Frequentare corsi per interesse personale.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

### D.2. Come definirebbe in media i rapporti della sua famiglia con:

	Inesistenti	Pessimi	Insufficienti	Sufficienti	Buoni	Ottimi
Altri familiari che risiedono vicino.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Altri familiari che risiedono più lontano .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Amici della famiglia .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Conoscenti e colleghi.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Vicini di casa .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

### D.3. Negli ultimi 12 mesi quanto spesso si è recato:

	Più di 12 volte	Da 7 a 12 volte	Da 4 a 6 volte	Da 1 a 3 volte	Mai
A teatro .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Al cinema .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
A manifestazioni culturali .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
A spettacoli sportivi.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
A musei, mostre, siti archeologici .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
A fare gite e passeggiate .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

### D.4. Ha l'abitudine di...

	Tutti i giorni	Ore al gg.	Qualche volta a settimana	Una volta a settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta durante l'anno	Mai
Usare il personal computer.....	[ ]	□□	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ascoltare musica.....	[ ]	□□	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Guardare/sentire la TV.....	[ ]	□□	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ascoltare la radio .....	[ ]	□□	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Leggere i quotidiani.....	[ ]	□□	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

### D.5. Ha letto libri, non legati a obblighi scolastici, negli ultimi 12 mesi?

- 1 [ ] Sì → Quanti? □□□  
2 [ ] No

### D.6. Vorrebbe svolgere altre attività nel tempo libero?

- 1 [ ] Sì  
2 [ ] No

### D.7. Se sì, che cosa glielo impedisce? (al massimo 2 risposte)

- 1 [ ] La necessità di assistere la persona disabile  
2 [ ] La necessità di avere il supporto di qualcuno  
3 [ ] La mancanza di servizi di trasporto, edifici e luoghi di ritrovo adeguati ed accessibili anche alla persona disabile  
4 [ ] Perché sarebbe troppo costoso  
5 [ ] Mancanza di tempo  
6 [ ] Le condizioni fisiche o mentali  
7 [ ] Altro (specificare.....)



**D.8. Ha effettuato negli ultimi dodici mesi viaggi per vacanza, con almeno un pernottamento fuori casa?**

- 1 [ ] Sì → Quante volte? |\_|\_|\_|  
2 [ ] No

**D.9. Con chi ha fatto l'ultimo viaggio?**

- 1 [ ] Da solo  
2 [ ] Famiglia  
3 [ ] Amici  
4 [ ] Associazioni di disabili  
5 [ ] Altre associazioni/istituzioni  
6 [ ] Altro (.....)

**D.10. Perché non ha effettuato alcun viaggio?**

- 1 [ ] Scarso interesse  
2 [ ] Motivi economici  
3 [ ] Motivi di tempo  
4 [ ] Motivi di salute  
5 [ ] Motivi familiari  
6 [ ] Difficoltà fisiche a spostarsi e viaggiare con la persona disabile  
7 [ ] Necessità di assistenza alla persona disabile  
8 [ ] Non aveva una compagnia disponibile e non le piace viaggiare da solo

**D.11. La presenza di una persona disabile determina profondi cambiamenti all'interno di una famiglia, talvolta positivi, talvolta negativi. Può indicare come la presenza di una persona disabile ha influito sui seguenti aspetti della vita della sua famiglia?**

	Ininfluyente	Molto negativa		Negativa		In parte negativa, in parte positiva			Positiva		Molto positiva
		-	-	-	-	-	+	+	+	+	+
Le relazioni tra i membri della famiglia	[ ]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Le relazioni con gli altri parenti	[ ]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Le relazioni con gli amici e i conoscenti	[ ]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Le condizioni economiche	[ ]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La disponibilità di tempo	[ ]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La salute degli altri membri della famiglia	[ ]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Il lavoro, la carriera	[ ]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Il tempo libero, le vacanze	[ ]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La fiducia nel futuro	[ ]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Altro _____	[ ]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**D.12. Con riferimento alla sua famiglia, può indicare il livello attuale di soddisfazione rispetto a:**

	Molto insoddisfatta		insoddisfatta		In parte insoddisfatta, in parte soddisfatta			soddisfatta		Molto soddisfatta
	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+
La situazione economica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Presenza e disponibilità di altri familiari	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Presenza e disponibilità di operatori e servizi specifici	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**D.13. Può indicare il grado fiducia e di sicurezza nel futuro rispetto a:**

	Molto basso		Basso		Medio			Elevato		Molto elevato
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La situazione economica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Presenza e disponibilità di altri familiari	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Presenza e disponibilità di operatori e servizi specifici	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Possibilità del familiare disabile di avere una vita soddisfacente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**D.14. Quanto vi sentite penalizzati come famiglia rispetto ad una senza persone disabili?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**D.15. Quanto vi sentite migliorati come famiglia dalla presenza di una persona disabile?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**D.16. Incontrate altre famiglie con disabili?**

- 1 [ ] Mai  
2 [ ] Qualche volta  
3 [ ] Spesso

**D.17. Aderite o partecipate a:**

- 1 [ ] Associazioni di famiglie di persone disabili  
2 [ ] Gruppi di auto mutuo aiuto

**D.18. Quanto vi è d'aiuto la relazione con altre famiglie di disabili?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



## Modulo E: Assistenza e servizi

**E.1. La persona disabile percepisce una delle seguenti forme di assistenza pensionistica o di contributi a sostegno del reddito?**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1 [ ] Assegno ordinario di invalidità | 6 [ ] Indennità di accompagnamento        |
| 2 [ ] Pensione di invalidità civile   | 7 [ ] Indennità di comunicazione          |
| 3 [ ] Pensione di inabilità           | 8 [ ] Assegno decimisti                   |
| 4 [ ] Assegno di assistenza           | 9 [ ] Indennità ventessimisti             |
| 5 [ ] Indennità di frequenza minori   | 10 [ ] Indennità, rendita o assegno INAIL |

**E.2. Il disabile o un membro della famiglie usufruisce o ha usufruito di una o più delle seguenti forme di agevolazione o di contributo a sostegno del reddito familiare per l'assistenza al familiare disabile?**

	Si	No	Non so di cosa si tratta
E.2.1. Assegno per il nucleo familiare.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.2.2. Esenzione totale dal pagamento del ticket per medicinali.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.2.3. Esenzione parziale dal pagamento del ticket per medicinali..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.2.4. Congedo straordinario per assistenza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.2.5. Prolungamento dell'astensione per maternità .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.2.6. Permessi per assistenza .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.2.7. Contributi economici da parte di Enti Locali .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.2.8. Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.2.9. Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.2.10. Agevolazioni per l'acquisto dell'auto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.2.11. Esenzione dal pagamento del bollo auto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.2.12. Parcheggio riservato.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.2.13. Contrassegno per la circolazione e la sosta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.2.14. Ausili per la guida .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E.3. Le chiediamo di indicare per ciascun servizio in primo luogo se ne ha mai sentito parlare, in secondo luogo se la sua famiglia ne ha mai usufruito e, se sì, come li giudica e se è soddisfatta.**

	Non ne ho mai sentito parlare	Lo conosco ma non ne abbiamo mai fruito	L'abbiamo utilizzato e siamo:		
			soddisfatti	abbastanza soddisfatti	insoddisfatti
Riabilitazione motoria..... [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Riabilitazione neuropsichiatrica infantile..... [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Altra attività riabilitativa .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Assistenza protesica..... [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Assistenti sociali professionali Asl o Comune .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Assistenza psicologica..... [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Interventi per l'integrazione sociale..... [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Sostegno socio-educativo scolastico..... [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Sostegno all'inserimento lavorativo .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Assistenza domiciliare <u>sociale</u> .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Assistenza Domiciliare <u>Integrata</u> .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Trasporto sociale e scolastico .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Trasporto sanitario (ambulanze)..... [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Centri socio-riabilitativi residenziali .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Comunità Alloggio..... [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Centri diurni..... [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Centri diurni estivi .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Attività ricreative, sociali, culturali .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ludoteche / laboratori .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Centri di aggregazione/sociali..... [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Centri estivi o invernali (con pernottamento) .....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]



**E.4. In base all'esperienza della sua famiglia, può esprimere un giudizio sulla capacità dei seguenti Enti e servizi di rispondere alle esigenze e ai problemi dei disabili e delle loro famiglie? Esprimere un giudizio con un voto da 1 a 4 (1=Pessimo, 2=Insufficiente,3=Sufficiente,4=Buono) sui diversi aspetti del servizio.**

	Accoglienza, informazioni				Disponibilità, gentilezza operatori				Tempi di attesa				Adeguatezza risposta				Accessibilità, barriere				Non so
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
<b>E.4.1. Comune – In generale</b>																					
E.4.2. - Comune – Ufficio Relazioni con il Pubblico																					
E.4.3. - Comune – Anagrafe e stato civile																					
E.4.4. - Comune – Servizi sociali																					
E.4.5. - Comune – Servizi scolastici																					
<b>E.4.6. Provincia – In generale</b>																					
E.4.7. - Provincia – Centri per l'Impiego																					
E.4.8. - Provincia – Servizi scolastici																					
<b>E.4.9. Asl 9 – In generale</b>																					
E.4.10. – Asl 9 - Ufficio Relazioni con il Pubblico																					
E.4.11. - Asl 9 – Distretto																					
E.4.12. - Asl 9 – GOIF/GOM																					
E.4.13. - Asl 9 – Ospedale																					
E.4.14. - Asl 9 – Salute materno-infantile																					
E.4.15. - Asl 9 – Neuropsichiatria infantile																					
E.4.16. - Asl 9 – Dipartimento di salute mentale																					
E.4.17. - Asl 9 – Ambulatori medici di analisi																					
E.4.18. Medico di famiglia																					
E.4.19. Pediatra																					
E.4.20. Associazioni di Volontariato che si occupano specificamente di disabili																					
E.4.21. Associazioni di Volontariato di altro tipo																					
E.4.22. Cooperative sociali																					
E.4.23. Associazioni e società sportive																					
E.4.24. Inps																					
E.4.25. Inail																					
E.4.26. Patronati/sindacati																					

**E.5. In generale come valutate da 1 a 10 l'aiuto ricevuto dagli operatori?**

- E.5.1. Al momento della comunicazione della diagnosi
- E.5.2. Prima della scuola (primi 2/3 anni)
- E.5.3. Durante la scuola
- E.5.4. Dopo la scuola, nella transizione verso il lavoro e la vita adulta
- E.5.5. Nella vita adulta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



---

## **Modulo F: Problemi e bisogni**

---

**F.1. Quali sono i principali problemi che la famiglia ha dovuto affrontare connessi alla disabilità?**

- 1 [ ] Non ha avuto difficoltà
- 2 [ ] Inserimento scolastico del disabile
- 3 [ ] Inserimento lavorativo del disabile
- 4 [ ] Difficoltà di accesso alle informazioni
- 5 [ ] Tempi lunghi per avere la diagnosi definitiva
- 6 [ ] Scarsa professionalità del personale medico
- 7 [ ] Scarsa sensibilità e disponibilità da parte del personale medico
- 8 [ ] Problemi economici
- 9 [ ] Problemi di inserimento nella società
- 10 [ ] Problemi nelle relazioni con amici e parenti
- 11 [ ] Problemi di conflittualità familiare
- 12 [ ] Problemi per la presenza di ostacoli, barriere architettoniche
- 13 [ ] Incomprensione e discriminazioni da parte della società
- 14 [ ] Solitudine
- 15 [ ] Altro (specificare .....)

**F.2. Può indicare i bisogni più urgenti e gli interventi che ritiene più utili per migliorare la vita della sua famiglia e della persona disabile?**