



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 _____

SEGRETEZZA DEI DATI FORNITI CON IL PRESENTE QUESTIONARIO

Ai sensi della legge 196/2003 si garantisce che tutte le informazioni raccolte con il questionario saranno utilizzate esclusivamente per scopi di ricerca scientifica. I dati raccolti sono tutelati dal segreto statistico e pertanto non saranno esternati o comunicati se non in forma aggregata, in modo che non se ne possa fare alcun riferimento individuale. Ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322, saranno utilizzati solo per scopi statistici e verranno comunque resi anonimi in sede di trattamento informatico.



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	6	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. Ritirato dal lavoro o 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 [] E' isolata (o in piccolo gruppo di case)

B.2. A che titolo la famiglia occupa l'abitazione?

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

B.3. 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.4. Se è inadeguata, cosa manca secondo lei?

- 1 [] E' troppo piccola
- 2 [] E' 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.5. L'abitazione ha ostacoli che rendono difficile o impossibile l'accesso e gli spostamenti al suo interno per la persona disabile?

- 8 [] Sì
- 9 [] No

B.6. Se sì, quali ostacoli?

- 1 [] Gradini difficili da superare
- 2 [] Porte troppo strette
- 3 [] Sanitari inadeguati (troppo alti, stretti, etc.)
- 4 [] Scarsa illuminazione
- 5 [] Altro (specificare)

B.7. Ha fatto domanda per ottenere il contributo per eliminare le barriere architettoniche (previsto dalla legge 13/89)

- 1 [] Sì
- 2 [] No

B.8. Se no, perché?

- 1 [] Non sapeva dell'esistenza del contributo
- 2 [] Il condominio si è opposto
- 3 [] Non sapeva se ne aveva diritto
- 4 [] Non ne ha bisogno

B.9. 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.10. 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.11. 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 permettermi/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. 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.)	[]	[]	[]	□□□□
Ass. domiciliare solo <u>sanitaria</u>	[]	[]	[]	□□□□
Ass. domiciliare <u>integrata</u> (sanitaria e sociale)	[]	[]	[]	□□□□

C.3. 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	[]	[]	[]	□□□□
Badante che coabita con la famiglia	[]	[]	[]	□□□□
Badante che non coabita	[]	[]	[]	□□□□
Collaboratrice domestica	[]	[]	[]	□□□□
Baby sitter	[]	[]	[]	□□□□
Altro (specificare	[]	[]	[]	□□□□

C.4. Se ha o ha avuto una badante, ha avuto difficoltà nel reperimento della persona? Sì No

C.5. A quali canali ha fatto ricorso per trovarla?

- 1 [] Centro per l'Impiego
 2 [] Altri Uffici pubblici (specificare)
 3 [] Caritas
 4 [] Altre associazioni di volontariato (specificare)
 5 [] Sindacati/patronati (specificare)
 6 [] Conoscenze personali

C.6. Come giudica i rapporti con la badante?

- 1 [] Molto positivi
 2 [] Positivi
 3 [] Né positivi, né negativi
 4 [] Negativi
 5 [] Molto negativi

C.7. 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 [] Visite e assistenza medico-sanitaria generica	Euro
2 [] Visite Assistenza medico-sanitaria specialistica	Euro
3 [] Assistenza domiciliare stabile ("badante")	Euro
4 [] Assistenza domiciliare occasionale/saltuaria	Euro
5 [] Medicinali	Euro
6 [] Ausili vari	Euro
7 [] 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
		-	-	-	-	-	+	+	+	+	+
1 [] Le relazioni tra i membri della famiglia	[]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2 [] Le relazioni con gli altri parenti	[]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3 [] Le relazioni con gli amici e i conoscenti	[]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4 [] Le condizioni economiche	[]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5 [] La disponibilità di tempo	[]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6 [] La salute degli altri membri della famiglia	[]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7 [] Il lavoro, la carriera	[]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8 [] Il tempo libero, le vacanze	[]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9 [] La fiducia nel futuro	[]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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		In parte insoddisfatta, in parte soddisfatta			soddisfatta			Molto soddisfatta	
	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+
1 [] La situazione economica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2 [] Presenza e disponibilità di altri familiari nella cura del disabile	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3 [] 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	
1 [] La situazione economica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2 [] Presenza e disponibilità di altri familiari nella cura del disabile	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3 [] Presenza e disponibilità di operatori e servizi specifici	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4 [] Possibilità del familiare disabile di avere una vita soddisfacente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

D.14. Quanto vi sentite svantaggiati (servizi, relazioni sociali, reddito, ecc.) 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 ventesimisti |
| 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.....			
E.2.2. Esenzione totale dal pagamento del ticket per medicinali.....			
E.2.3. Esenzione parziale dal pagamento del ticket per medicinali..			
E.2.4. Congedo straordinario per assistenza.....			
E.2.5. Prolungamento dell'astensione per maternità			
E.2.6. Permessi per assistenza			
E.2.7. Contributi economici da parte di Enti Locali			
E.2.8. Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario.....			
E.2.9. Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche			
E.2.10. Agevolazioni per l'acquisto dell'auto.....			
E.2.11. Esenzione dal pagamento del bollo auto.....			
E.2.12. Parcheggio riservato.....			
E.2.13. Contrassegno per la circolazione e la sosta.....			
E.2.14. Ausili per la guida			

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 valuta?

	Non ne ho mai sentito parlare	Lo conosco ma non ne abbiamo mai fruito	L'abbiamo utilizzato e siamo: abbastanza		
			soddisfatti	soddisfatti	insoddisfatti
Riabilitazione motoria, fisica e sensoriale.....	[]	[]	[]	[]	[]
Riabilitazione neuropsichiatrica infantile.....	[]	[]	[]	[]	[]
Corsi di autonomia personale	[]	[]	[]	[]	[]
Corsi di logopedia	[]	[]	[]	[]	[]
Corsi di riabilitazione visiva	[]	[]	[]	[]	[]
Corsi di orientamento e mobilità	[]	[]	[]	[]	[]
Assistenza protesica.....	[]	[]	[]	[]	[]
Assistenti sociali professionali Asl o Comune	[]	[]	[]	[]	[]
Assistenza psicologica.....	[]	[]	[]	[]	[]
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. Per ogni servizio indicare anche il livello di importanza sempre con un voto da 1 a 4 (1=Per niente importante; 2=Poco importante; 3=Abbastanza importante; 4=Molto importante)

	Accoglienza, informazioni				Disponibilità, gentilezza operatori				Tempi di attesa				Adeguatezza risposta				Accessibilità, barriere				Livello Importanza (da 1 a 4)	Non so
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
E.4.1. Comune – In generale	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
E.4.2. - Comune – Ufficio Relazioni con il Pubblico	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
E.4.3. - Comune – Anagrafe e stato civile	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
E.4.4. - Comune – Servizi sociali	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
E.4.5. - Comune – Servizi scolastici	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
E.4.6. Provincia – In generale	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
E.4.7. - Provincia – Centri per l'Impiego	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
E.4.8. - Provincia – Servizi scolastici	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
E.4.9. Asl 9	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
E.4.10. Medico di famiglia	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
E.4.11. Pediatra	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
E.4.12. Associazioni di Volontariato che si occupano specificamente di disabili	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
E.4.13. Associazioni di Volontariato di altro tipo	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
E.4.14. Cooperative sociali	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
E.4.15. Associazioni e società sportive	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
E.4.16. Inps	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
E.4.17. Inail	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
E.4.18. Patronati/sindacati	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
E.4.19. Altro	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
..... Specificare																						
E.4.20. Altro	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
..... Specificare																						
E.4.21. Altro	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
..... Specificare																						

E.5. In generale come valutate da 1 a 10 l'aiuto ricevuto dagli operatori? (Anche se ci possono essere giudizi differenziati, cercare di fornire una valutazione media dei diversi operatori con cui si è entrati in contatto)

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?



Provincia di Grosseto



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



Simurg Ricerche

2

Questionario individuale per la persona disabile

Questa parte del questionario è rivolta specificamente alla persona disabile, che, se in grado di comprendere le domande, dovrà rispondere autonomamente, anche se con l'aiuto di un familiare o del rilevatore. Se la disabilità da cui è affetta la persona intervistata è di tipo cognitivo il questionario dovrà essere comunque compilato da un familiare, che dovrà cercare di rispondere riferendosi sempre, per quanto possibile, al punto di vista della persona disabile.



Modulo A: Tipo disabilità e invalidità

A.1. A causa di problemi di salute, ha delle limitazioni, che durano da almeno sei mesi, nello svolgere le abituali attività della vita quotidiana (es. mangiare, lavarsi, vestirsi, ecc.)?

- 1 [] Sì
2 [] Sì, ma non gravi
3 [] No

A.2. È affetto da una o più delle seguenti invalidità?

- 1 [] Cecità
2 [] Sordomutismo
3 [] Sordità
4 [] Invalidità motoria
5 [] Invalidità da insufficienza mentale
6 [] Invalidità da malattia mentale

A.3. Ha mai presentato la domanda per ottenere la certificazione di invalidità?

- 1 [] Sì, ha ottenuto la certificazione
→→ Percentuale riconosciuta |_|_|_|%
2 [] Sì, ma è in attesa di risposta
3 [] Sì, ma non ha ottenuto la certificazione
4 [] No

A.4. Ha mai presentato la domanda per ottenere la certificazione di handicap?

- 1 [] Sì, ha ottenuto la certificazione per handicap grave
2 [] Sì, ha ottenuto la certificazione per handicap
3 [] Sì, ma è in attesa di risposta
4 [] Sì, ma non ha ottenuto la certificazione
5 [] No

A.5. Qual è stata la causa della disabilità/invalidità?

- 1 [] Malformazioni/Malattie congenite o problemi alla nascita (Trauma da parto, Nascita prematura)
2 [] Malattia
3 [] Incidente
4 [] Altra causa
5 [] Malattia professionale (sordità, altro)
6 [] Vaccinazione / farmaci
7 [] Interventi / accertamenti
8 [] Non sa

A.6. Quanti anni aveva quando si è manifestata?

- 1 [] Alla nascita
2 [] Meno di un anno
3 [] A |_|_| anni
4 [] Non sa

A.7. È stata fatta una diagnosi definitiva da un medico?

- 1 [] Sì -> Specificare il tipo di diagnosi
2 [] No

A.8. Ha difficoltà permanenti:

	Non è in grado	Molta difficoltà	Qualche difficoltà	Nessuna difficoltà
Nel sentire, pur utilizzando ausili (ad es. apparecchi acustici)	[]	[]	[]	[]
Nel parlare, pur utilizzando ausili (ad es. protesi fonetiche)	[]	[]	[]	[]
Nel vedere pur utilizzando ausili (ad es. occhiali)	[]	[]	[]	[]
Nel camminare pur utilizzando ausili (ad es. bastoni, protesi, sedie a rotelle)	[]	[]	[]	[]
Nel chinarsi (ad es. bastoni, protesi, sedie a rotelle)	[]	[]	[]	[]
Nel salire le scale (ad es. bastoni, protesi, sedie a rotelle)	[]	[]	[]	[]
Nel mangiare, vestirsi o svolgere le altre tipiche attività quotidiane	[]	[]	[]	[]
Nel realizzare altre attività che la maggior parte delle persone della sua età svolgono (es. studiare, lavorare, giocare)	[]	[]	[]	[]

A.9. Può farsi il bagno o la doccia da solo?

- 1 [] Può farlo solo con l'aiuto di qualcuno
2 [] Con qualche difficoltà
3 [] Senza difficoltà

A.10. È in grado di gestire il suo denaro e le sue spese abituali?

- 1 [] Sì, è autonomo
2 [] Sì, ma necessità dell'aiuto di un parente o amico
3 [] No



A.11. Negli ultimi 3 mesi, a causa delle condizioni fisiche e/o mentali, ha effettuato una o più dei seguenti trattamenti medici e terapie?

A.11.1. Fisioterapia o terapia psicomotoria	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sa
A.11.2. Terapia di riabilitazione al linguaggio (es. logopedia)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sa
A.11.3. Psicoterapia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sa
A.11.4. Terapia di riabilitazione della vista (es. ortottica)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sa
A.11.5. Terapia occupazionale (terapia di riabilitazione per le attività quotidiane)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sa
A.11.6. Musicoterapica/lppoterapia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sa
A.11.7. Terapie mediche	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sa
A.11.8. Terapie non convenzionali (es. agopuntura, omeopatia, ecc.)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sa
A.11.9. Terapie con attività fisico-motoria	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sa
A.11.10. Altre terapie (specificare _____)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sa

A.12. Negli ultimi tre mesi ci sono stati trattamenti che le sono stati prescritti di cui aveva bisogno, ma che non ha potuto effettuare?

- 1] Sì → Quale?.....
 2] No

A.13. Se sì, per quale motivo non ha potuto effettuare le terapie/trattamenti necessari?

- 1] Motivi economici
 2] Tempi di attesa molto lunghi
 3] Difficoltà di accesso alla struttura
 4] Mancanza di strutture
 5] Altro motivo (specificare.....)

A.14. Complessivamente, come definirebbe il suo stato di salute?

- 1] Molto buono
 2] Buono
 3] Discreto
 4] Sufficiente
 5] Insufficiente
 6] Pessimo



Modulo B: Percorsi scolastici (per tutti)

B.1. La persona disabile attualmente...

- 1 [] È iscritta a un asilo, scuola, università o corso
→ Passa a **B.2**
- 2 [] Non è iscritta: ha portato a termine il percorso scolastico conseguendo il titolo di studio desiderato
→ Passa a **B.8**
- 3 [] Non è iscritta, ha dovuto interrompere gli studi all'età di [] [] anni → Passa a **B.7**
- 4 [] Non è mai andata a scuola → Passa a **B.6**

B.2. La scuola che frequenta è:

- 1 [] Pubblica
- 2 [] Privata parificata
- 3 [] Privata non parificata

B.3. Quale scuola frequenta?

- 1 [] Asilo nido
- 2 [] Scuola materna
- 3 [] Scuola elementare → Classe
- 4 [] Scuola media inferiore → Classe
- 5 [] Scuola media superiore
→ ClasseIndirizzo
- 6 [] Università → Facoltà
Sede
- 7 [] Corso post-laurea
- 8 [] Corso di formazione
- 9 [] Altro

B.4. Ha un insegnante di sostegno?

- 1 [] Sì → Per quante ore?
- 2 [] No, non ne ha bisogno
- 3 [] No, ma ne avrebbe bisogno

B.5. Per frequentare il corso di studi usufruisce dei seguenti servizi/supporti? Se sì, indicare se sono adeguati alle necessità?

	No, non ne ha bisogno	No, ma ne avrebbe bisogno	Se il servizio è:		
			Adeguato	Parzialmente adeguato	Inadeguato
Servizio di trasporto comunale	[]	[]	[]	[]	[]
Accompagnatore del Comune	[]	[]	[]	[]	[]
Assistente educativo per la comunicazione (interprete per sordi, per sordo-ciechi,...)	[]	[]	[]	[]	[]
Assistente educativo per l'autonomia(contenimento ipercinetico, assistenza a chi sbava)	[]	[]	[]	[]	[]
Collaboratore scolastico (bidelli)	[]	[]	[]	[]	[]
Servizio civile personalizzato	[]	[]	[]	[]	[]
Altro.....	[]	[]	[]	[]	[]

⇒ **Passa a B.8**

B.6. Per quale motivo non è mai andata a scuola?

- 1 [] Non ha ancora l'età → Passa a **Modulo D:**
- 2 [] Impossibilitata, per le sue condizioni fisiche o mentali
- 3 [] Ha ricevuto l'istruzione presso la famiglia (autoistruzione)
- 4 [] Altri motivi (specificare

⇒ **Passa a Modulo C:**

B.7. Per quali motivi ha interrotto gli studi? (sono possibili più risposte)

- 1 [] Mancanza di mezzi di trasporto per raggiungere la scuola
- 2 [] Mancanza di personale specializzato per assisterla durante le lezioni
- 3 [] Non si sentiva accettato dai compagni di scuola
- 4 [] Difficoltà di apprendimento e/o nel seguire le lezioni
- 5 [] Costi troppo elevati
- 6 [] È stata una scelta dei suoi genitori
- 7 [] Ha preferito andare a lavorare
- 8 [] Non aveva più interesse per lo studio
- 9 [] Le sue condizioni fisiche o mentali le impedivano di seguire le lezioni
- 10 [] Motivi familiari
- 11 [] Altro

⇒ **Passa a B.8**



B.8. Per quanti anni complessivamente fino ad oggi è andato a scuola: n° |_|_|

Le domande seguenti riguardano il percorso scolastico seguito dalla persona disabile. La preghiamo di rispondere, per le scuole che ha frequentato, a tutte le domande riportate.

B.9. Ha frequentato o frequenta l'asilo nido?

B.9.1. A che età si è iscritto

Sì ↓

No → Passa a B.10

B.9.2. L'edificio aveva (ha) ostacoli che rendevano (rendono) difficile l'accesso?

Sì

No

In parte

B.9.3. Gli insegnanti erano a conoscenza dei suoi problemi?

Sì

No

In parte

B.9.4. C'era (c'è) una programmazione dell'attività individualizzata?

Sì

No

In parte

B.9.5. Le altre famiglie hanno accolto bene la sua integrazione?

Sì

No

In parte

B.9.6. Può darci un giudizio da 1 a 10 sulla sua esperienza?

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

⇒ **Se attualmente frequenta l'asilo nido passa a Modulo D:**

B.10. Ha frequentato o frequenta la scuola dell'infanzia/materna?

B.10.1. A che età si è iscritto?

Sì ↓

No → Passa a B.11

B.10.2. L'edificio aveva (ha) ostacoli che rendevano (rendono) difficile l'accesso?

Sì

No

In parte

B.10.3. Gli insegnanti erano (sono) a conoscenza dei suoi problemi?

Sì

No

In parte

B.10.4. C'era (c'è) una programmazione dell'attività individualizzata?

Sì

No

In parte

B.10.5. Le altre famiglie hanno accolto bene la sua integrazione?

Sì

No

In parte

B.10.6. Gli altri bambini lo hanno accolto bene?

Sì

No

In parte

B.10.7. Gli altri bambini lo invitano (invitavano) alle feste di compleanno?

Sì

No

In parte

B.10.8. Invitava (invita) i compagni alla sua festa di compleanno?

Sì

No

Raramente

B.10.9. Aveva (ha) compagni che vedeva (vede) dopo la scuola?

Sì

No

Raramente

B.10.10. Aveva (ha) un(a) insegnante di sostegno?

Sì

No

Non sempre

Può darci un giudizio da 1 a 10 sulla sua esperienza per quanto riguarda:

B.10.11. La sensibilità e il sostegno del dirigente scolastico

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

B.10.12. L'impegno e l'atteggiamento degli insegnanti

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

B.10.13. L'apprendimento e lo sviluppo di capacità e competenze

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

B.10.14. La socializzazione e lo sviluppo di buone relazioni con i compagni

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

B.10.15. La serenità e la soddisfazione della famiglia

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



⇒ **Se attualmente frequenta la scuola materna passa a Modulo D:**

B.11. Ha frequentato o frequenta la scuola primaria/elementare? **Sì** ↓ **No** → **Passa a Modulo C:**

B.11.1. A che età si è iscritto?	<input type="text"/>		
B.11.2. L'edificio aveva (ha) ostacoli che rendevano (rendono) difficile l'accesso?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	<input type="text"/> In parte
B.11.3. Ha mai dovuto ripetere l'anno scolastico?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	
B.11.4. Gli insegnanti erano (sono) a conoscenza dei suoi problemi?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	<input type="text"/> In parte
B.11.5. C'era (c'è) una programmazione dell'attività individualizzata?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	<input type="text"/> In parte
B.11.6. Le altre famiglie hanno accolto bene la sua integrazione?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	<input type="text"/> In parte
B.11.7. Gli altri bambini lo hanno accolto bene?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	<input type="text"/> In parte
B.11.8. Gli altri bambini lo invitano (invitavano) alle feste di compleanno?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	<input type="text"/> In parte
B.11.9. Invitava (invita) i compagni alla sua festa di compleanno?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	<input type="text"/> Raramente
B.11.10. Aveva (ha) compagni che vedeva (vede) dopo la scuola?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	<input type="text"/> Raramente
B.11.11. Aveva (ha) un(a) insegnante di sostegno?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	<input type="text"/> Non sempre

Può indicarci da 1 a 10 quanto è stata positiva l'esperienza in questa scuola per quanto riguarda:

B.11.12. La sensibilità e il sostegno del dirigente scolastico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.11.13. L'impegno e l'atteggiamento degli insegnanti normali	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.11.14. L'impegno e l'atteggiamento degli insegnanti di sostegno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.11.15. L'adeguatezza delle ore di sostegno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.11.16. L'apprendimento e lo sviluppo di capacità e competenze	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.11.17. La socializzazione e lo sviluppo di buone relazioni con i compagni	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.11.18. La serenità e la soddisfazione della famiglia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

⇒ **Se attualmente frequenta la scuola elementare passa a Modulo D:**

B.12. Ha frequentato o frequenta la scuola media inferiore? **Sì** ↓ **No** → **Passa a Modulo C:**

B.12.1. A che età si è iscritto?	<input type="text"/>		
B.12.2. L'edificio aveva (ha) ostacoli che rendevano (rendono) difficile l'accesso?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	<input type="text"/> In parte
B.12.3. Ha mai dovuto ripetere l'anno scolastico?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	
B.12.4. Gli insegnanti erano (sono) a conoscenza dei suoi problemi?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	<input type="text"/> In parte
B.12.5. C'era (c'è) una programmazione dell'attività individualizzata?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	<input type="text"/> In parte
B.12.6. Le altre famiglie hanno accolto bene la sua integrazione?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	<input type="text"/> In parte
B.12.7. Gli altri bambini lo hanno accolto bene?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	<input type="text"/> In parte
B.12.8. Gli altri bambini lo invitano (invitavano) alle feste di compleanno?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	<input type="text"/> In parte
B.12.9. Invitava (invita) i compagni alla sua festa di compleanno?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	<input type="text"/> Raramente
B.12.10. Aveva (ha) compagni che vedeva (vede) dopo la scuola?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	<input type="text"/> Raramente
B.12.11. Aveva (ha) un(a) insegnante di sostegno?	<input type="text"/> Sì	<input type="text"/> No	<input type="text"/> Non sempre

Può indicarci da 1 a 10 quanto è stata positiva l'esperienza in questa scuola per quanto riguarda:

B.12.12. La sensibilità e il sostegno del dirigente scolastico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.12.13. L'impegno e l'atteggiamento degli insegnanti normali	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.12.14. L'impegno e l'atteggiamento degli insegnanti di sostegno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.12.15. L'adeguatezza delle ore di sostegno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.12.16. L'apprendimento e lo sviluppo di capacità e competenze	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.12.17. La socializzazione e lo sviluppo di buone relazioni con i compagni	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.12.18. La serenità e la soddisfazione della famiglia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



⇒ Se attualmente frequenta media inferiore passa a Modulo D:

B.13. Ha frequentato o frequenta la scuola secondaria superiore? **Sì** ↓ **No** → Passa a B.15

B.13.1. A che età si è iscritto?

B.13.2. L'edificio aveva (ha) ostacoli che rendevano (rendono) difficile l'accesso? Sì No In parte

B.13.3. Ha mai dovuto ripetere l'anno scolastico? Sì No

B.13.4. Gli insegnanti erano (sono) a conoscenza dei suoi problemi? Sì No In parte

B.13.5. C'era (c'è) una programmazione dell'attività individualizzata? Sì No In parte

B.13.6. Le altre famiglie hanno accolto bene la sua integrazione? Sì No In parte

B.13.7. Gli altri alunni lo hanno accolto bene? Sì No In parte

B.13.8. Gli altri alunni lo invitavano (invitano) alle feste di compleanno? Sì No In parte

B.13.9. Invitava (invita) i compagni alla sua festa di compleanno? Sì No Raramente

B.13.10. Aveva (ha) compagni che vedeva (vede) dopo la scuola? Sì No Raramente

B.13.11. Aveva (ha) un(a) insegnante di sostegno? Sì No Non sempre

Può indicarci da 1 a 10 quanto è stata positiva l'esperienza in questa scuola per quanto riguarda:

B.13.12. La sensibilità e il sostegno del dirigente scolastico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.13.13. L'impegno e l'atteggiamento degli insegnanti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.13.14. L'apprendimento e lo sviluppo di capacità e competenze	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.13.15. La socializzazione e lo sviluppo di buone relazioni con i compagni	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.13.16. La serenità e la soddisfazione della famiglia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

⇒ Se attualmente frequenta la scuola media superiore passa a Modulo D:

B.14. Ha frequentato o frequenta l'Università? **Sì** ↓ **No** → Passa a B.15

B.14.1. A che età si è iscritto?

B.14.2. L'edificio aveva (ha) ostacoli che rendevano (rendono) difficile l'accesso? Sì No In parte

B.14.3. I docenti erano (sono) a conoscenza dei suoi problemi? Sì No In parte

B.14.4. C'era (c'è) una programmazione dell'attività individualizzata? Sì No In parte

Può indicarci da 1 a 10 quanto è stata positiva l'esperienza in questa scuola per quanto riguarda:

B.14.5. La sensibilità e il sostegno del personale universitario	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.14.6. L'impegno e l'atteggiamento dei docenti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.14.7. L'apprendimento e lo sviluppo di capacità e competenze	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.14.8. La socializzazione e lo sviluppo di buone relazioni con i compagni	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B.14.9. La serenità e la soddisfazione della famiglia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B.15. Ha frequentato o frequenta corsi di formazione professionale? **Sì** ↓ **No** → Passa a Modulo C:

B.15.1. Quanti corsi ha frequentato?

B.15.2. Erano corsi specificamente rivolti a persone disabili? Sì No In parte

B.15.3. Può darci una valutazione (da 1 a 10) sulla sua esperienza?

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



Modulo C: Lavoro (solo per i maggiori di 18 anni)

C.1. La persona disabile attualmente è...

- 1 [] Occupata → passa a d. C.8→
2 [] Segue un percorso di inserimento socio terapeutico
3 [] Segue un percorso di inserimento lavorativo
4 [] In cerca di nuova occupazione
5 [] In cerca di prima occupazione
6 [] Casalinga
7 [] Studente
8 [] In servizio civile
9 [] Inabile al lavoro
10 [] Ritirato dal lavoro (in pensione)
11 [] Altro

C.2. È iscritto alle liste di collocamento?

- 1 [] Sì, solo alle liste di collocamento ordinario
2 [] Sì, anche alle liste di collocamento mirato (l. 68/99)
3 [] No

C.3. Attualmente sta cercando lavoro?

- 1 [] Sì → da quanti mesi? [] [] [] → passa a d. C.5
2 [] No

C.4. Per quali motivi attualmente non sta cercando lavoro?

- 1 [] Ha responsabilità familiari (cura dei figli o di altre persone)
2 [] Sta studiando
3 [] Si è ritirato dal lavoro, è andato in pensione
4 [] Le sue condizioni fisiche o mentali impediscono di lavorare (inabile al lavoro)
5 [] Non ha interesse a lavorare
6 [] Preferisce non perdere la pensione di invalidità
7 [] Sta aspettando il riconoscimento per l'assunzione obbligatoria
8 [] Impegnato in inserimento lavorativo/socio terapeutico
9 [] Non riusciva a trovare niente, si è scoraggiato
10 [] Non crede di poter trovare lavoro
11 [] È in attesa di conoscere i risultati di un concorso o di un colloquio/ o di firmare un contratto di lavoro

C.5. Ha lavorato in passato?

- 1 [] Sì
2 [] No → passa a Modulo D:

C.6. In che anno ha terminato l'ultimo lavoro? [] [] [] []

C.7. Per quale motivo principale ha smesso di lavorare? (una sola risposta)

- 1 [] È stato licenziato
2 [] Si è dimesso
3 [] Era un lavoro a termine e/o occasionale
4 [] Si è ritirato dal lavoro, è andato in pensione
5 [] È diventato inabile al lavoro

C.14. Può indicarci 1 a 10 quanto è soddisfacente il lavoro attuale con riferimento:

- C.14.1. Al guadagno
C.14.2. Sicurezza del posto
C.14.3. Tipo di lavoro
C.14.4. Numero di ore di lavoro
C.14.5. Tipo di orario (diurno, notturno, turni)
C.14.6. Condizioni e ambiente di lavoro
C.14.7. Distanze e/o tempi di percorrenza
C.14.8. Relazioni con i colleghi

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
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

C.8. Lavora o ha mai lavorato per: (una risposta per ogni riga)

	Attualmente	In passato
Un'azienda	[]	[]
Una cooperativa tipo A	[]	[]
Una cooperativa tipo B	[]	[]
Un'associazione	[]	[]
Un Ente pubblico	[]	[]
Altro	[]	[]

C.9. Il suo lavoro attuale è (o il suo ultimo lavoro se attualmente non lavora):

Alle dipendenze come:

- 1 [] Dirigente
2 [] Direttivo, quadro
3 [] Impiegato, intermedio
4 [] Capo operaio, operaio
5 [] Apprendista
6 [] Lavorante a domicilio per conto d'impresa

Autonomo come:

- 7 [] Imprenditore
8 [] Libero professionista
9 [] Lavoratore in proprio
10 [] Collaboratore a progetto o simili
11 [] Socio di cooperativa
12 [] Coadiuvante familiare

C.10. A che età ha iniziato a lavorare? [] [] []

C.11. In che modo ha trovato lavoro?

	Attualmente	In passato
Attraverso l'Ufficio di Collocamento	[]	[]
Attraverso un concorso pubblico	[]	[]
Rispondendo ad annunci, inviando il curriculum	[]	[]
Da contatti avuti dal precedente lavoro	[]	[]
Con l'aiuto di parenti e/o conoscenti	[]	[]
Con l'aiuto di un'associazione per persone con le sue condizioni fisiche o mentali	[]	[]
Altro	[]	[]

C.12. L'edificio dove lavora ha ostacoli che rendono difficile l'accesso e/o gli spostamenti?

- 1 [] Sì
2 [] No

C.13. Se sì, quali?

- 1 [] Mancanza ascensore
2 [] Gradini difficili da superare
3 [] Porte troppo strette
4 [] Mancanza ausili (specificare))
5 [] Altro (specificare))



Modulo D: Relazioni, tempo libero partecipazione sociale

D.1. Con quale frequenza ...

	Tutti i giorni	Qualche volta a settimana	Una volta a settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta durante l'anno	Mai
Incontra (in casa o fuori) parenti non conviventi.....	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Incontra (in casa o fuori) amici.....	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Comunica telefonicamente con parenti non conviventi ...	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Comunica telefonicamente con amici.....	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Svolge attività fisica o sportiva.....	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Si reca a funzioni religiose.....	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Frequenta corsi per interesse personale	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Gioca, si diverte	[]	[]	[]	[]	[]	[]

D.2. 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	[]	[]	[]	[]	[]
Bar, pub, discoteche	[]	[]	[]	[]	[]
A manifestazioni culturali	[]	[]	[]	[]	[]
A spettacoli sportivi.....	[]	[]	[]	[]	[]
A musei, mostre, siti archeologici	[]	[]	[]	[]	[]
A fare gite e passeggiate	[]	[]	[]	[]	[]

D.3. 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.4. Ha letto libri (anche in Braille o lettore automatico), non legati a obblighi scolastici, negli ultimi 12 mesi?

- 1 [] Sì → Quanti? [[]]
2 [] No

D.5. Vorrebbe svolgere altre attività nel tempo libero?

- 1 [] Sì
2 [] No

D.6. Se sì, che cosa glielo impedisce? (al massimo 2 risposte)

- 1 [] La necessità di ausili di cui non dispone
2 [] La necessità di essere assistito da qualcuno
3 [] La mancanza di servizi di trasporto, edifici e luoghi di ritrovo adeguati ed accessibili
4 [] Perché sarebbe troppo costoso
5 [] Mancanza di tempo
6 [] Le sue condizioni fisiche o mentali
7 [] Mancanza di strutture a norma
8 [] Altro

D.7. Ha effettuato negli ultimi dodici mesi viaggi per vacanza, con almeno un pernottamento fuori casa?

- 1 [] Sì → Quante volte? [[]]
2 [] No

D.8. 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
7 [] Non aveva una compagnia disponibile e non le piace viaggiare da solo

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. Ha incontrato difficoltà durante l'ultimo viaggio?

- 1 [] Sì
2 [] No, perché ha scelto strutture adeguate alle difficoltà
3 [] No, perché ha trovato strutture adeguate alle difficoltà



D.11. Durante l'ultimo viaggio ha incontrato difficoltà relativamente a

D.11.1. Mezzi di trasporto?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
D.11.2. Strutture ricettive (alberghi, residence, campeggi, etc.)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
D.11.3. Strutture e personale sanitario	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
D.11.4. Servizi di accompagnamento	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
D.11.5. Ausili auditivi o visivi nei luoghi visitati	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

D.12. Con che frequenza partecipa all'attività di:

	Tutti i giorni	Qualche volta a settimana	Una volta a settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta durante l'anno	Mai
Associazioni di disabili	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Altre associazioni o gruppi di volontariato	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Associazioni culturali.....	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Associazioni sportive	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Chiesa, gruppi parrocchiali.....	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Partiti politici.....	[]	[]	[]	[]	[]	[]

D.13. Per i suoi spostamenti, con che frequenza utilizza:

	Tutti i giorni	Qualche volta a settimana	Una volta a settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta durante l'anno	Mai
Mezzi pubblici	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Autobus/carriera	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Treno.....	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Taxi.....	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Aereo/nave	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Altro mezzo privato.....	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Mezzi privati.....	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Vado a piedi da solo	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Vado a piedi con il cane guida/con un accompagnatore	[]	[]	[]	[]	[]	[]

D.14. Quale mezzo privato utilizza principalmente? (una sola risposta)

- 1 [] Auto
- 2 [] Scooter
- 3 [] Bicicletta
- 4 [] Altro veicolo
- 5 [] Altro mezzo privato

D.15. Lo utilizza come conducente o come passeggero? (una sola risposta)

- 1 [] Come conducente
- 2 [] Come passeggero
- 3 [] A volte come conducente, a volte come passeggero

D.16. Se non utilizza mezzi privati o li utilizza solo come passeggero, per quali motivi? (sono possibili più risposte)

- 1 [] Non ha la patente
- 2 [] Preferisce organizzare i suoi spostamenti in taxi
- 3 [] Per mancanza di un equipaggiamento adeguato nella macchina
- 4 [] L'automobile è troppo costosa
- 5 [] Le sue condizioni non le permettono di condurre i veicoli
- 6 [] Altri motivi
- 7 [] Motivi fisici
- 8 [] Preferisce andare a piedi / utilizzare i mezzi pubblici
- 9 [] Non ne ha bisogno

D.17. Per quali motivi non utilizza mezzi pubblici? (sono possibili più risposte)

- 1 [] Preferisce utilizzare mezzo privato
- 2 [] Si sposta a piedi/Non ne ha bisogno
- 3 [] Non esiste il servizio
- 4 [] Condizioni fisiche o mentali
- 5 [] Gli orari del servizio non sono adeguati alle sue esigenze
- 6 [] Le fermate e le stazioni non sono accessibili e/o troppo lontane
- 7 [] I mezzi di trasporto non sono accessibili
- 8 [] Manca una segnaletica adatta alle sue esigenze
- 9 [] Ha bisogno di una persona che la aiuti



Modulo E: Affettività

E.1. Si è mai innamorato?

- 1 [] Sì → A che età? |_|_|
2 [] No

E.2. Ha mai avuto relazioni sentimentali?

- 1 [] Sì, delle relazioni stabili
2 [] Sì, ma solo relazioni occasionali/sporadiche
3 [] No, mai

E.3. Se non è convivente o sposato e non lo è mai stato in passato, per quali motivi?

- 1 [] Mancanza di fiducia in sé stesso
2 [] Genitori troppo possessivi
3 [] Impedimenti causati dalla disabilità
4 [] Scarse relazioni sociali
5 [] Timidezza
6 [] Timore di essere un peso per l'eventuale partner
7 [] Altro.....

E.4. Quanto ritiene importanti per la qualità della sua vita i seguenti aspetti:

	Per niente importante				Abbastanza importante				Molto importante	
	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+
Avere una famiglia propria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Avere una casa indipendente dai genitori	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Avere una relazione sentimentale stabile	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Innamorarsi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Avere dei figli	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

E.5. Può indicarci con un giudizio da 1 a 10 quanto si considera soddisfatto rispetto a:

	Molto insoddisfatto				In parte insoddisfatto, in parte soddisfatto				Molto soddisfatto	
	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+
La famiglia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I rapporti con l'altro sesso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
L'amicizia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
L'amore	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Il lavoro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Il reddito	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La salute	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Le relazioni sociali	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La sessualità	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Il divertimento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

E.6. Esprima liberamente i suoi bisogni, i suoi problemi, le sue proposte:

Grazie per la collaborazione e la disponibilità

Data compilazione