



## **VALUTAZIONE QUALITATIVA DELL'ATTIVITA' DI ASSISTENZA DOMICILIARE NEL COMUNE DI ROMA**

**DOCUMENTO TECNICO PER LA CONSULTAZIONE**

**ALLEGATI e QUESTIONARIO**

*(Giugno 2006)*

Agenzia

SCHEDA INFORMATIVA A CURA DEI MUNICIPI – SAISA

Municipio: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome Utente: \_\_\_\_\_

Codice Utente: \_\_\_\_\_

Domicilio Utente (*riportare l'indirizzo completo*):  
\_\_\_\_\_

Recapito telefonico Utente:  
\_\_\_\_\_

Nome e Cognome della persona di riferimento/da contattare:  
\_\_\_\_\_

Recapito/i telefonico della persona di riferimento/da contattare:  
\_\_\_\_\_

Codice Ente operante: \_\_\_\_\_

Spesa mensile del pacchetto assistenziale inizialmente prevista:  
\_\_\_\_\_

Contributo dell'Utente con applicazione dell'ISEE:

Sì

No

Accompagni con automezzi dell'Ente Operante:

Sì

No

Figure professionali previste (indicare esclusivamente le figure professionali facenti parte del personale dell'ente erogatore):

Assistente domiciliare

Assistente sociale

Puericoltore

- Educatore professionale
- Operatore non qualificato
- Psicologo/Psicoterapeuta
- Fisioterapista
- Altre figure  
(specificare \_\_\_\_\_)

**Data di inizio del ciclo di interventi (*giorno/ mese/ anno*):** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Data di fine del ciclo di interventi (*giorno/ mese/ anno*):** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Totale interventi settimanali previsti:** \_\_\_\_

**Totale ore settimanali previste:** \_\_\_\_

**Durata media del singolo intervento (*ore/minuti*):** \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Prospetto orario del piano di intervento settimanale (*indicare per ciascun giorno della settimana l'ora prevista di inizio e fine servizio*)**

	Primo servizio		Secondo servizio		Terzo servizio		Quarto servizio		Quinto servizio	
	Inizio	Fine	Inizio	Fine	Inizio	Inizio	Inizio	Fine	Inizio	Fine
Lunedì										
Martedì										
Mercoledì										
Giovedì										
Venerdì										
Sabato										
Domenica										

**Interventi previsti (Nella colonna "Previsto" barrare tutte le azioni programmate. Nelle colonne "Frequenza Prevista" barrare "Al bisogno" se non si è programmata una frequenza particolare, altrimenti indicare il numero di interventi settimanali previsti)**

Intervento	Azione	Previsto	Frequenza Prevista	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Igiene e cura dell'ambiente	Igiene e cura dell'ambiente in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno all'igiene e cura dell'ambiente in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lavaggio e riordino biancheria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Organizzazione funzionale dell'alloggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Piccola manutenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulizia degli ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulizia straordinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rifacimento letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Altre attività (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Igiene e cura della persona	Igiene e cura della persona in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno all'igiene e cura della persona in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aiuto vestizione/vestizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bagno/doccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cambio pannolone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lavaggio capelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pedicure/manicure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulizia personale in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulizia protesi dentarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rasatura barba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Altre attività (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cura della salute	Cura della salute in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno alla cura della salute in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Controllo pressione/tassi glicemici, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cure piaghe da decubito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Prestazioni fisioterapiche/massaggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Somministrazione farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno alla deambulazione (aiuto nel movimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Stimolo della funzione motoria (incentivi al movimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Altre attività (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentazione ed attività conseguenti	Alimentazione ed attività conseguenti in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno all'alimentazione ed attività conseguenti in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aiuto nella preparazione/somministrazione pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aiuto nella scelta degli alimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Controllo conservazione alimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lavaggio/riordino stoviglie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Preparazione e consegna di pasti a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Preparazione pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Programmazione dei pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Altre attività (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Intervento	Azione	Previsto	Frequenza Prevista	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Altre attività rivolte all'utente o di sostegno	Compagnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cura dei rapporti con il medico/asl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rinforzo affettivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno ai rapporti sociali con vicini/amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno alla ripresa di attività culturali/riconosciute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno psicologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno/sollievo al nucleo familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Stimolazione all'orientamento spazio-temporale (utilizzo mezzi pubblici, conoscenza del territorio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Altre attività (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accompagni	A manifestazioni/eventi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Presso attività sociali/di gruppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Presso centri sociali/centri diurni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Presso medico/asl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Presso ospedali/centri di riabilitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Presso altre risorse territoriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Altre attività (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attività esterne per conto dell'utente	Spesa - Acquisto generi alimentari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Spesa - Acquisto generi non alimentari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Spesa - Acquisto farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pagamenti utenze/bollettini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ritiro e consegna documenti/pratiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ritiro indumenti in lavanderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ritiro pensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altre attività (azioni non riconducibili agli interventi precedenti)	Altre attività (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Note e osservazioni (indicare eventuali particolarità del servizio o dell'utente)**

---



---



---

**SCHEDA INFORMATIVA A CURA DEI MUNICIPI – SAISH**

**Municipio:** \_\_\_\_\_

**Nome e Cognome Utente:** \_\_\_\_\_

**Codice Utente:** \_\_\_\_\_

**Domicilio Utente (*riportare l'indirizzo completo*):**

---

**Recapito/i telefonico Utente:**

---

**Nome e Cognome della persona di riferimento/da contattare:**

---

**Recapito/i telefonico della persona di riferimento/da contattare:**

---

**Codice Ente operante:** \_\_\_\_\_

**Spesa mensile del pacchetto assistenziale inizialmente prevista:**

---

**Contributo dell'Utente con applicazione dell'ISEE:**

Si     

No     

**Accompagni con automezzi dell'Ente Operante:**

Si     

No     

**Figure professionali previste (indicare esclusivamente le figure professionali facenti parte del personale dell'ente erogatore):**

Assistente domiciliare     

Assistente sociale     

Puericoltore     

Educatore professionale

Operatore non qualificato

Psicologo/Psicoterapeuta

Fisioterapista

Altre figure  
(specificare \_\_\_\_\_)

**Data di inizio del ciclo di interventi (giorno/ mese/ anno):** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Data di fine del ciclo di interventi (giorno/ mese/ anno):** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Totale interventi settimanali previsti:** \_\_\_\_

**Totale ore settimanali previste:** \_\_\_\_

**Durata media del singolo intervento (ore/minuti):** \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Prospetto orario del piano di intervento settimanale (indicare per ciascun giorno della settimana l'ora prevista di inizio e fine servizio)**

	Primo servizio		Secondo servizio		Terzo servizio		Quarto servizio		Quinto servizio	
	Inizio	Fine	Inizio	Fine	Inizio	Inizio	Inizio	Fine	Inizio	Fine
Lunedì										
Martedì										
Mercoledì										
Giovedì										
Venerdì										
Sabato										
Domenica										

**Interventi previsti (Nella colonna "Previsto" barrare tutte le azioni programmate. Nelle colonne "Frequenza Prevista" barrare "Al bisogno" se non si è programmata una frequenza particolare, altrimenti indicare il numero di interventi settimanali previsti)**

Intervento	Azione	Previsto	Frequenza Prevista	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Igiene e cura dell'ambiente	Igiene e cura dell'ambiente in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno all'igiene e cura dell'ambiente in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lavaggio e riordino biancheria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Organizzazione funzionale dell'alloggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Piccola manutenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulizia degli ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulizia straordinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rifacimento letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Altre attività (specificare):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Igiene e cura della persona	Igiene e cura della persona in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno all'igiene e cura della persona in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aiuto vestizione/vestizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bagno/doccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cambio pannolone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lavaggio capelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pedicure/manicure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulizia personale in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulizia protesi dentarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cura della salute	Rasatura barba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Altre attività (specificare):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cura della salute in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno alla cura della salute in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Controllo pressione/tassi glicemici, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cure piaghe da decubito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Prestazioni fisioterapiche/massaggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Somministrazione farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno alla deambulazione (aiuto nel movimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentazione ed attività consequenti	Stimolo della funzione motoria (incentivi al movimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Altre attività (specificare):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Alimentazione ed attività consequenti in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno all'alimentazione ed attività consequenti in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aiuto nella preparazione/somministrazione pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aiuto nella scelta degli alimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Controllo conservazione alimenti/frigorifero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lavaggio/riordino stoviglie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Preparazione e consegna di pasti a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Intervento	Azione	Previsto	Frequenza Prevista	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Altre attività rivolte all'utente o di sostegno	Accoglienza ospiti e visitatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aiuto nella quotidianità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Compagnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Condivisione interessi ed hobby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cura dei rapporti con il medico/asl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lettura quotidiani/libri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rinforzo affettivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno ai rapporti sociali con vicini/amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno alla ripresa di attività culturali/rivcreative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno psicologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno/sollievo al nucleo familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Stimolazione all'orientamento spazio-temporale (utilizzo mezzi pubblici, conoscenza del territorio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Supporto allo svolgimento dei compiti scolastici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sviluppo autonomie personali/sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Uso del denaro/conoscenza dell'orologio etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accompagni	Altre attività (specificare):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	A manifestazioni/eventi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Presso attività sociali/di gruppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Presso centri sociali/centri diurni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Presso medico/asl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Presso ospedali/centri di riabilitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Presso altre risorse territoriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attività esterne per conto dell'utente	Altre attività (specificare):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Spesa - Acquisto generi alimentari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Spesa - Acquisto generi non alimentari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Spesa - Acquisto farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pagamenti utenze/bollettini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ritiro e consegna documenti/pratiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ritiro indumenti in lavanderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altre attività (non riconducibili agli interventi precedenti)	Altre attività (specificare):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Note e osservazioni (indicare eventuali particolarità del servizio o dell'utente)**

---



---

**SCHEDA INFORMATIVA A CURA DEI MUNICIPI – SISMIF**

**Municipio:** \_\_\_\_\_

**Nome e Cognome Utente:** \_\_\_\_\_

**Codice Utente:** \_\_\_\_\_

**Domicilio Utente (*riportare l'indirizzo completo*):**

---

**Recapito/i telefonico Utente:**

---

**Nome e Cognome della persona di riferimento/da contattare:**

---

**Recapito/i telefonico della persona di riferimento/da contattare:**

---

**Codice Ente operante:** \_\_\_\_\_

**Spesa mensile del pacchetto assistenziale inizialmente prevista:**

---

**Contributo dell'Utente con applicazione dell'ISEE:**

Si     

No     

**Accompagni con automezzi dell'Ente Operante:**

Si     

No     

**Figure professionali previste (indicare esclusivamente le figure professionali facenti parte del personale dell'ente erogatore):**

Assistente domiciliare     

Assistente sociale     

Puericoltore     

Educatore professionale

Operatore non qualificato

Psicologo/Psicoterapeuta

Fisioterapista

Altre figure  
(Specificare \_\_\_\_\_)

**Data di inizio del ciclo di interventi (giorno/ mese/ anno):** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Data di fine del ciclo di interventi (giorno/ mese/ anno):** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Totale interventi settimanali previsti:** \_\_\_\_

**Totale ore settimanali previste:** \_\_\_\_

**Durata media del singolo intervento (ore/minuti):** \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Prospetto orario del piano di intervento settimanale (indicare per ciascun giorno della settimana l'ora prevista di inizio e fine servizio)**

	Primo servizio		Secondo servizio		Terzo servizio		Quarto servizio		Quinto servizio	
	Inizio	Fine	Inizio	Fine	Inizio	Inizio	Inizio	Fine	Inizio	Fine
Lunedì										
Martedì										
Mercoledì										
Giovedì										
Venerdì										
Sabato										
Domenica										

**Interventi previsti rivolti al minore (Nella colonna "Previsto" barrare tutte le azioni programmate. Nelle colonne "Frequenza Prevista" barrare "Al bisogno" se non si è programmata una frequenza particolare, altrimenti indicare il numero di interventi settimanali previsti)**

Intervento	Azione	Previsto	Frequenza Prevista	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Rapporti familiari	<i>Supporto nei rapporti familiari in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ascolto per rielaborazione di vissuti intrafamiliari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Contenimento dell'aggressività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Facilitare la comunicazione minore-adulti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Mediazione familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Promozione di atteggiamenti collaborativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Altre attività (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Scuola, formazione, lavoro	<i>Supporto nelle attività formative in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aiuto per individuazione di percorsi formativi extra-scolastici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aiuto per individuazione di percorsi formativi scolastici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Controllo della presenza a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Mediazione e rapporto con il corpo docente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Orientamento al lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno all'adempimento dei compiti scolastici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno nella fase di inserimento lavorativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Stimolo alla motivazione allo studio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Supporto per l'accettazione di regole relative alla scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altre attività rivolte all'utente o di sostegno	Altri interventi (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aiuto e stimolo per la cura e l'igiene personale ed ambientale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Mediazione e rinforzo per inserimento nel gruppo dei pari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno per l'assunzione di responsabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Supporto al processo di costruzione dell'identità/autostima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Supporto per l'accettazione di regole educative/comportamentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accompagni	Altri interventi (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Accompagno a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Per la conoscenza del territorio/di risorse territoriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Presso attività sociali/di gruppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altre azioni (non riconducibili agli interventi precedenti)	Altri interventi (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Interventi previsti rivolti al nucleo familiare (Nella colonna "Previsto" barrare tutte le azioni programmate. Nelle colonne "Frequenza Prevista" barrare "Al bisogno" se non si è programmata una frequenza particolare, altrimenti indicare il numero di interventi settimanali previsti)**

Intervento	Azione	Previsto	Frequenza Prevista	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Cura del minore e organizzazione familiare	<i>Cure del minore e organizzazione familiare in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Affiancamento e sollecito nei compiti di gestione e organizzazione familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Affiancamento e sollecito per la cura del minore (alimentazione, igiene, cure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Altre attività (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacità genitoriali	<i>Supporto alle capacità genitoriali in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Colloqui sulle risposte adeguate ai bisogni del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Contenimento di comportamenti inadeguati/ atteggiamenti disfunzionali alla crescita del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fornire ascolto ai genitori/responsabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Mediazione familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Osservazione/verifica delle capacità genitoriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rinforzo del linguaggio affettivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno e aiuto in particolari momenti di crisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno per l'utilizzo di risorse territoriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altre azioni (non riconducibili agli interventi precedenti)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Note e osservazioni (indicare eventuali particolarità del servizio o dell'utente)**

---



---



---



---



---

**Agenzia per il Controllo e  
la Qualità dei Servizi  
Pubblici Locali del Comune  
di Roma**

**Università degli Studi di  
Roma "La Sapienza"  
Facoltà di Sociologia**

## **L'ATTIVITA' DI ASSISTENZA DOMICILIARE NEL COMUNE DI ROMA**

Ricerca condotta dall'Agenzia per il Controllo e la Qualità dei Servizi Pubblici Locali del Comune di Roma e dalla Facoltà di Sociologia dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

**Area Utenza:**\_\_\_\_\_

**Codice Utente:**\_\_\_\_\_

**Codice Inserimento Dati:**\_\_\_\_\_

*Questa ricerca è svolta in ottemperanza al Decreto Legislativo del 30 giugno 2003, n. 196 –  
"Codice in materia di protezione dei dati personali", e successive modificazioni.*

**AREA 1 – ANZIANI (SOLO AGLI UTENTI SAISA)**

**1. Rispondente**

Assistito   
 Familiare dell'assistito   
 Altra persona   
 (specificare \_\_\_\_\_)

**2. Le leggerò ora una serie di servizi relativi all'igiene e alla cura dell'ambiente in cui vive; potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?**

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Igiene e cura dell'ambiente in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno all'igiene e cura dell'ambiente in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lavaggio e riordino biancheria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Organizzazione funzionale dell'alloggio (spostamento dei mobili, accessibilità degli spazi e degli oggetti, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Piccola manutenzione (manutenzione oggetti di uso quotidiano, sostituzione lampadine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulizia ordinaria degli ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulizia straordinaria (interventi di ripristino generale delle condizioni ambientali adeguate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rifacimento letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**3. Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe indicare se si ritiene “Molto” “Abbastanza”, “Poco” o “Per nulla” soddisfatto.**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Igiene e cura dell'ambiente in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno all'igiene e cura dell'ambiente in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavaggio e riordino biancheria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organizzazione funzionale dell'alloggio (spostamento dei mobili, accessibilità degli spazi e degli oggetti, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piccola manutenzione (manutenzione oggetti di uso quotidiano, sostituzione lampadine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia ordinaria degli ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia straordinaria (interventi di ripristino generale delle condizioni ambientali adeguate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rifacimento letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Le leggerò ora una serie di servizi relativi all'igiene e alla cura della persona, potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?**

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Igiene e cura della persona in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno all'igiene e cura della persona in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aiuto vestizione/vestizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bagno/doccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cambio pannolone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lavaggio capelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pedicure/manicure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulizia personale in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulizia protesi dentarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rasatura barba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**5. Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe indicare se si ritiene "Molto" "Abbastanza", "Poco" o "Per nulla" soddisfatto.**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Igiene e cura della persona in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno all'igiene e cura della persona in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aiuto vestizione/vestizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bagno/doccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio pannolone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavaggio capelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pedicure/manicure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia personale in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia protesi dentarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasatura barba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Le leggerò ora una serie di servizi relativi alla cura della salute; potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?**

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Cura della salute in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno alla cura della salute in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Controllo pressione/tassi glicemici, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cure piaghe da decubito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prestazioni fisioterapiche/massaggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Somministrazione farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno alla deambulazione (aiuto nel movimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Stimolo della funzione motoria (incentivi al movimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

**7. Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe indicare se si ritiene "Molto" "Abbastanza", "Poco" o "Per nulla" soddisfatto.**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Cura della salute in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno alla cura della salute in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controllo pressione/tassi glicemici, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cure piaghe da decubito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestazioni fisioterapiche/massaggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somministrazione farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno alla deambulazione (aiuto nel movimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimolo della funzione motoria (incentivi al movimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Le leggerò ora una serie di servizi relativi ai pasti; potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?**

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Nutrizione ed attività consequenti in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno a nutrizione ed attività consequenti in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aiuto nella nutrizione/somministrazione pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aiuto nella scelta degli alimenti (lista della spesa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Controllo conservazione alimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lavaggio/riordino stoviglie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pasti a domicilio (preparazione dei pasti in luogo diverso dal domicilio e consegna a domicilio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Preparazione pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Programmazione dei pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**9. Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe indicare se si ritiene "Molto" "Abbastanza", "Poco" o "Per nulla" soddisfatto.**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Nutrizione ed attività consequenti in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno a nutrizione ed attività consequenti in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aiuto nella nutrizione/somministrazione pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aiuto nella scelta degli alimenti (lista della spesa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controllo conservazione alimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavaggio/riordino stoviglie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasti a domicilio (preparazione dei pasti in luogo diverso dal domicilio e consegna a domicilio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Preparazione pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmazione dei pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Le leggerò ora una serie di servizi relativi ad altri interventi di sostegno; potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?**

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Compagnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cura dei rapporti con il medico/asl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rinforzo affettivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno nei rapporti con vicini/amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno alla ripresa di attività culturali/riconosciute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno psicologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno/sollievo al nucleo familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stimolazione all'orientamento spazio-temporale (utilizzo mezzi pubblici, conoscenza del territorio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**11. Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe indicare se si ritiene "Molto" "Abbastanza", "Poco" o "Per nulla" soddisfatto.**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Compagnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cura dei rapporti con il medico/asl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinforzo affettivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno ai rapporti sociali con vicini/amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno alla ripresa di attività culturali/riconosciute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno psicologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno/sollievo al nucleo familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimolazione all'orientamento spazio-temporale (utilizzo mezzi pubblici, conoscenza del territorio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Le leggerò ora una serie di servizi relativi ad accompagni all'esterno del domicilio; potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?**

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
A manifestazioni/eventi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presso attività di sociali/di gruppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presso centri sociali/centri diurni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presso medico/asl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Presso ospedali/centri di riabilitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presso altre risorse territoriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**13. Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe indicare se si ritiene "Molto" "Abbastanza", "Poco" o "Per nulla" soddisfatto.**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
A manifestazioni/eventi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presso attività di sociali/di gruppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presso centri sociali/centri diurni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presso medico/asl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presso ospedali/centri di riabilitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presso altre risorse territoriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Le leggerò ora una serie di servizi relativi alle attività esterne al domicilio condotte a suo vantaggio; potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?**

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Spesa - Acquisto generi alimentari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spesa - Acquisto generi non alimentari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spesa - Acquisto farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pagamenti utenze/bollettini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ritiro e consegna documenti/pratiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ritiro indumenti in lavanderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ritiro pensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**15. Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe indicare se si ritiene "Molto" "Abbastanza", "Poco" o "Per nulla" soddisfatto.**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Spesa - Acquisto generi alimentari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesa - Acquisto generi non alimentari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesa - Acquisto farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pagamenti utenze/bollettini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritiro e consegna documenti/pratiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritiro indumenti in lavanderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritiro pensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Rispondente**

Assistito   
 Genitore dell'assistito   
 Familiare dell'assistito   
 Altra persona   
 (specificare \_\_\_\_\_)

**17. Le leggerò ora una serie di servizi relativi all'igiene e alla cura dell'ambiente in cui vive; potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?**

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Igiene e cura dell'ambiente in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno all'igiene e cura dell'ambiente in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lavaggio e riordino biancheria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Organizzazione funzionale dell'alloggio (spostamento dei mobili, accessibilità degli spazi e degli oggetti, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Piccola manutenzione (manutenzione oggetti di uso quotidiano, sostituzione lampadine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulizia ordinaria degli ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulizia straordinaria (interventi di ripristino generale delle condizioni ambientali adeguate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rifacimento letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**18. Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe indicare se si ritiene "Molto" "Abbastanza", "Poco" o "Per nulla" soddisfatto.**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Igiene e cura dell'ambiente in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno all'igiene e cura dell'ambiente in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavaggio e riordino biancheria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organizzazione funzionale dell'alloggio (spostamento dei mobili, accessibilità degli spazi e degli oggetti, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piccola manutenzione (manutenzione oggetti di uso quotidiano, sostituzione lampadine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia ordinaria degli ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia straordinaria (interventi di ripristino generale delle condizioni ambientali adeguate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rifacimento letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**19. Le leggerò ora una serie di servizi relativi all'igiene e alla cura della persona, potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?**

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Igiene e cura della persona in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno all'igiene e cura della persona in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aiuto vestizione/vestizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bagno/doccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cambio pannolone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lavaggio capelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pedicure/manicure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulizia personale in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulizia protesi dentarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rasatura barba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**20. Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe indicare se si ritiene "Molto" "Abbastanza", "Poco" o "Per nulla" soddisfatto.**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Igiene e cura della persona in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno all'igiene e cura della persona in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aiuto vestizione/vestizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bagno/doccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio pannolone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavaggio capelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pedicure/manicure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia personale in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia protesi dentarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasatura barba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21. Le leggerò ora una serie di servizi relativi alla cura della salute; potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?**

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Cura della salute in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno alla cura della salute in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Controllo pressione/tassi glicemici, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cure piaghe da decubito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prestazioni fisioterapiche/massaggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Somministrazione farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno alla deambulazione (aiuto nel movimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stimolo della funzione motoria (incentivi al movimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**22. Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe indicare**

**se si ritiene "Molto" "Abbastanza", "Poco" o "Per nulla" soddisfatto.**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
<i>Cura della salute in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sostegno alla cura della salute in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controllo pressione/tassi glicemici, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cure piaghe da decubito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestazioni fisioterapiche/massaggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somministrazione farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno alla deambulazione (aiuto nel movimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimolo della funzione motoria (incentivi al movimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23. Le leggerò ora una serie di servizi relativi ai pasti; potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?**

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
<i>Nutrizione ed attività consequenti in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Sostegno a nutrizione ed attività consequenti in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aiuto nella preparazione/somministrazione pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aiuto nella scelta degli alimenti (lista della spesa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Controllo conservazione alimenti/frigorifero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lavaggio/riordino stoviglie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pasti a domicilio (preparazione dei pasti in luogo diverso dal domicilio e consegna a domicilio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Preparazione pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Programmazione dei pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**24. Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe indicare se si ritiene "Molto" "Abbastanza", "Poco" o "Per nulla" soddisfatto.**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
<i>Nutrizione ed attività consequenti in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sostegno a nutrizione ed attività consequenti in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aiuto nella preparazione/somministrazione pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aiuto nella scelta degli alimenti (lista della spesa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controllo conservazione alimenti/frigorifero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavaggio/riordino stoviglie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasti a domicilio (preparazione dei pasti in luogo diverso dal domicilio e consegna a domicilio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparazione pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmazione dei pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25. Le leggerò ora una serie di servizi relativi ad altri interventi di sostegno; potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?**

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Accoglienza ospiti e visitatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aiuto nella quotidianità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Compagnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Condivisione interessi ed hobby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cura dei rapporti con il medico/asl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lettura quotidiani/libri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rinforzo affettivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno ai rapporti sociali con vicini/amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno alla ripresa di attività culturali/rivcreative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno nella cura della persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno psicologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno/sollievo al nucleo familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stimolazione all'orientamento spazio-temporale (utilizzo mezzi pubblici, conoscenza del territorio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Supporto allo svolgimento dei compiti scolastici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sviluppo autonomie personali/sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso del denaro/conoscenza dell'orologio etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**26. Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe indicare se si ritiene "Molto" "Abbastanza", "Poco" o "Per nulla" soddisfatto.**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Accoglienza ospiti e visitatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aiuto nella quotidianità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compagnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condivisione interessi ed hobby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cura dei rapporti con il medico/asl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettura quotidiani/libri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinforzo affettivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno ai rapporti con vicini/amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno alla deambulazione (aiuto nel movimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno alla ripresa di attività culturali/rivcreative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno psicologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno/sollievo al nucleo familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimolazione all'orientamento spazio-temporale (utilizzo mezzi pubblici, conoscenza del territorio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto allo svolgimento dei compiti scolastici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sviluppo autonomie personali/sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso del denaro/conoscenza dell'orologio etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27. Le leggerò ora una serie di servizi relativi ad accompagni all'esterno del domicilio; potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?**

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
A manifestazioni/eventi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presso attività di sociali/di gruppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presso centri sociali/centri diurni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presso medico/asl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presso ospedali/centri di riabilitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presso altre risorse territoriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**28. Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe indicare se si ritiene "Molto" "Abbastanza", "Poco" o "Per nulla" soddisfatto.**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
A manifestazioni/eventi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presso attività di sociali/di gruppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presso centri sociali/centri diurni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presso medico/asl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presso ospedali/centri di riabilitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presso altre risorse territoriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**29. Le leggerò ora una serie di servizi relativi alle attività esterne al domicilio condotte a suo vantaggio; potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?**

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Spesa - Acquisto generi alimentari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spesa - Acquisto generi non alimentari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spesa - Acquisto farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pagamenti utenze/bollettini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ritiro e consegna documenti/pratiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ritiro indumenti in lavanderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**30. Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe indicare se si ritiene "Molto" "Abbastanza", "Poco" o "Per nulla" soddisfatto.**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Spesa - Acquisto generi alimentari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesa - Acquisto generi non alimentari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesa - Acquisto farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pagamenti utenze/bollettini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritiro e consegna documenti/pratiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritiro indumenti in lavanderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### AREA 3 – MINORI (SOLO AGLI UTENTI SISMIF)

#### 31. Rispondente

Assistito   
 Genitore dell'assistito   
 Familiare dell'assistito   
 Altra persona   
 (specificare \_\_\_\_\_)

#### 32. Le leggerò ora una serie di servizi relativi ai rapporti interni al nucleo familiare; potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
<i>Supporto nei rapporti familiari in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ascolto per rielaborazione di vissuti intrafamiliari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contenimento dell'aggressività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Facilitare la comunicazione minore-adulti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mediazione familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Promozione di atteggiamenti collaborativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### 33. Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe indicare se si ritiene "Molto" "Abbastanza", "Poco" o "Per nulla" soddisfatto.

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
<i>Supporto nei rapporti familiari in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ascolto per rielaborazione di vissuti intrafamiliari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contenimento dell'aggressività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilitare la comunicazione minore-adulti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediazione familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promozione di atteggiamenti collaborativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**34. Le leggerò ora una serie di servizi relativi a scuola, formazione e lavoro; potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?**

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
<i>Supporto nelle attività scolastiche in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aiuto per individuazione di percorsi formativi extra-scolastici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aiuto per individuazione di percorsi formativi scolastici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Controllo della presenza a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mediazione e rapporto con il corpo docente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientamento al lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno all'adempimento dei compiti scolastici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno nella fase di inserimento lavorativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stimolo alla motivazione allo studio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Supporto per l'accettazione di regole relative alla scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**35. Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe indicare se si ritiene "Molto" "Abbastanza", "Poco" o "Per nulla" soddisfatto.**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
<i>Supporto nelle attività scolastiche in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aiuto per individuazione di percorsi formativi extra-scolastici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aiuto per individuazione di percorsi formativi scolastici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controllo della presenza a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediazione e rapporto con il corpo docente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientamento al lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno all'adempimento dei compiti scolastici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno nella fase di inserimento lavorativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimolo alla motivazione allo studio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto per l'accettazione di regole relative alla scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**36. Le leggerò ora una serie di servizi relativi ad altri interventi di sostegno; potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?**

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Aiuto e stimolo per la cura e l'igiene personale ed ambientale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mediazione e rinforzo per inserimento nel gruppo dei pari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno per l'assunzione di responsabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Supporto al processo di costruzione dell'identità/ autostima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Supporto per l'accettazione di regole educative/ comportamentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**37. Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe indicare se si ritiene "Molto" "Abbastanza", "Poco" o "Per nulla" soddisfatto.**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Aiuto e stimolo per la cura e l'igiene personale ed ambientale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediazione e rinforzo per inserimento nel gruppo dei pari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno per l'assunzione di responsabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto al processo di costruzione dell'identità/ autostima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto per l'accettazione di regole educative/ comportamentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**38. Le leggerò ora una serie di servizi relativi ad accompagni all'esterno del domicilio; potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?**

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Accompagno a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Per la conoscenza del territorio/di risorse territoriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presso attività di sociali/di gruppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**39. Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe indicare se si ritiene "Molto" "Abbastanza", "Poco" o "Per nulla" soddisfatto.**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Accompagno a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per la conoscenza del territorio/di risorse territoriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presso attività di sociali/di gruppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**40. (*Da rivolgere esclusivamente ai genitori/responsabili del minore*) Le leggerò ora una serie di servizi relativi alla cura del minore ed all'organizzazione familiare; potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?**

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Cure del minore e organizzazione familiare in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Affiancamento e sollecito nei compiti di gestione e organizzazione familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Affiancamento e sollecito per la cura del minore (alimentazione, igiene, cure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**41. (*Da rivolgere esclusivamente ai genitori/responsabili del minore*) Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe indicare se si ritiene “Molto” “Abbastanza”, “Poco” o “Per nulla” soddisfatto.**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Cure del minore e organizzazione familiare in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affiancamento e sollecito nei compiti di gestione e organizzazione familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affiancamento e sollecito per la cura del minore (alimentazione, igiene, cure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**42. (*Da rivolgere esclusivamente ai genitori/responsabili del minore*) Le leggerò ora una serie di servizi relativi all'area delle funzioni genitoriali; potrebbe indicare quali interventi vengono effettuati, e con che frequenza?**

	Previsto	Effettuato	Frequenza Effettiva	
			Al bisogno	Numero interventi settimanali
Supporto alle capacità genitoriali in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colloqui sulle risposte adeguate ai bisogni del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contenimento di comportamenti inadeguati/atteggiamenti disfunzionali alla crescita del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fornire ascolto ai genitori/responsabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mediazione familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osservazione/verifica delle capacità genitoriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rinforzo del linguaggio affettivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno e aiuto in particolari momenti di crisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sostegno per l'utilizzo di risorse territoriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**43. (*Da rivolgere esclusivamente ai genitori/responsabili del minore*) Le elencherò ora i servizi che ha appena ricordato uno alla volta; relativamente a ciascun servizio Lei dovrebbe**

**indicare se si ritiene "Molto" "Abbastanza", "Poco" o "Per nulla" soddisfatto.**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
<i>Supporto alle capacità genitoriali in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colloqui sulle risposte adeguate ai bisogni del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contenimento di comportamenti inadeguati/atteggiamenti disfunzionali alla crescita del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fornire ascolto ai genitori/responsabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediazione familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osservazione/verifica delle capacità genitoriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinforzo del linguaggio affettivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno e aiuto in particolari momenti di crisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno per l'utilizzo di risorse territoriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### AREA 4 – SERVIZIO IN GENERALE (A TUTTI GLI UTENTI)

##### 44. Rispondente

- Assistito   
 Genitore dell'assistito   
 Familiare dell'assistito   
 Altra persona   
 (specificare \_\_\_\_\_)

##### 45. Da quanto tempo lei usufruisce del servizio di assistenza domiciliare ? (*indicare i mesi trascorsi dalla prima volta in cui si è iniziato ad usufruire del servizio di assistenza domiciliare*)

\_\_\_\_\_

##### 46. In termini generali, e considerando tutto il periodo in cui lei ha usufruito del servizio di assistenza domiciliare, quanto è soddisfatto del servizio stesso?

- Molto   
 Abbastanza   
 Poco   
 Per nulla

##### 47. Qual è la sua principale ragione di soddisfazione/insoddisfazione?

\_\_\_\_\_

**48. Considerando l'attuale ciclo di interventi (*NON tutto il periodo in cui l'utente ha usufruito del servizio*) potrebbe esprimere il suo grado di soddisfazione relativamente ai seguenti aspetti del servizio di assistenza?**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Rispetto dei giorni stabiliti per gli interventi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rispetto degli orari del servizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntualità degli operatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svolgimento degli interventi domiciliari previsti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svolgimento degli interventi extra-domiciliari previsti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizio di assistenza in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**49. Qual è l'aspetto del servizio di assistenza domiciliare che lei ritiene più importante in assoluto? (*una sola risposta; ricondurre la risposta dell'intervistato ad una delle categorie sottoelencate*)**

- Igiene e cura dell'ambiente
  - Igiene e cura della persona
  - Cura della salute
  - Pasti
  - Accompagni
  - Attività esterne per conto dell'utente
  - (solo SISMIF) Rapporti familiari
  - (solo SISMIF) Scuola, formazione, lavoro
  - (solo SISMIF) Cura del minore
  - (solo SISMIF) Organizzazione familiare
  - (solo SISMIF) Capacità genitoriali
  - Altro
- (Specificare \_\_\_\_\_)

**50. Lei pensa che il servizio di assistenza potrebbe essere migliorato?**

- Si
- No, va bene così  (*vai a dom. 52*)
- Non saprei  (*vai a dom. 52*)

**51. (*Solo se risponde "Sì" alla dom. 50*) Quali miglioramenti del servizio lei preferirebbe? (*max 2 risposte; ricondurre le risposte dell'intervistato alle categorie sottoelencate*)**

- Maggiore rispetto dei giorni stabiliti per gli interventi
- Maggiore rispetto degli orari del servizio

- Maggiore puntualità degli operatori
- L'effettivo svolgimento degli interventi domiciliari previsti
- L'effettivo svolgimento degli interventi extra-domiciliari previsti
- Più giorni di assistenza
- Prolungamento degli orari di assistenza
- Minore avvicendamento di assistenti diversi
- Aumento del numero di interventi domiciliari
- Aumento del numero di interventi extra-domiciliari
- Miglioramento della professionalità degli assistenti
- Erogazione di altri servizi (attualmente non previsti)  
(specificare \_\_\_\_\_)
- Altro  
(specificare \_\_\_\_\_)

**52. Conosce il nome dell'ente che presta il servizio di assistenza?**

- Si  (indicare il nome\_\_\_\_\_)
- No

**53. Ha mai usufruito di servizi di assistenza erogati da altri enti?**

- Si
- No

**54. Lei sa che è possibile scegliere tra diversi enti erogatori del servizio?**

- Si
- No

**55. Generalmente, l'ente che attualmente presta il servizio da risposte soddisfacenti alle sue richieste relative agli interventi previsti?**

- Si
- No

**56. Ricorda il numero di interventi settimanali di assistenza che le vengono forniti? (*indicare quante volte a settimana l'operatore si reca presso il domicilio dell'utente*)**

Numero di interventi \_\_\_\_\_  
Non so/non ricordo

**57. Ricorda il totale delle ore settimanali di assistenza che le vengono fornite?**

Totale ore \_\_\_\_\_  
Non so/non ricordo

**58. Ricorda quanto tempo dura mediamente il singolo intervento?**  
*(indicare il tempo in ore/minuti)*

Durata media \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Non so/non ricordo

**59. Lei usufruisce di accompagni con automezzi forniti dall'ente?**

Sì   
No

**60. Generalmente, lei controlla che siano rispettati gli orari di inizio e fine servizio?**

Sì, sempre   
Sì, spesso   
Sì, qualche volta   
Sì, raramente   
No, mai  (*vai a dom. 64*)

**61. (*Solo se risponde "Sì" alla dom. 59*) Secondo i suoi controlli, gli orari di inizio e fine servizio vengono rispettati?**

Sì, sempre  (*vai a dom. 64*)  
Sì, spesso   
Sì, qualche volta   
Sì, raramente   
No, mai

**62. (*Solo se non risponde "Sì, sempre" alla dom. 61*) Quando gli orari non vengono rispettati, le ore perdute vengono poi recuperate?**

Sì, sempre   
Sì, spesso   
Sì, qualche volta   
Sì, raramente   
No, mai

**63. (*Solo se non risponde "Sì, sempre" alla dom. 61*) Quando gli orari non vengono rispettati, lei viene avvisato con sufficiente anticipo?**

- |                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| Sì, sempre        | <input type="checkbox"/> |
| Sì, spesso        | <input type="checkbox"/> |
| Sì, qualche volta | <input type="checkbox"/> |
| Sì, raramente     | <input type="checkbox"/> |
| No, mai           | <input type="checkbox"/> |

**64. Si sono mai verificate interruzioni del servizio? (*fare riferimento soltanto alle occasioni in cui l'intero intervento previsto non è stato operato, e non a ritardi o interruzioni anticipate*)**

- |    |   |
|----|---|
| Sì | <input type="checkbox"/>                          |
| No | <input type="checkbox"/> ( <i>vai a dom. 67</i> ) |

**65. (*Solo per chi risponde "Sì" alla dom. 64*) Quando si verificano queste interruzioni, le ore perdute vengono poi recuperate?**

- |                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| Sì, sempre        | <input type="checkbox"/> |
| Sì, spesso        | <input type="checkbox"/> |
| Sì, qualche volta | <input type="checkbox"/> |
| Sì, raramente     | <input type="checkbox"/> |
| No, mai           | <input type="checkbox"/> |

**66. (*Solo per chi risponde "Sì" alla dom. 64*) Quando si verificano queste interruzioni, lei viene avvisato con sufficiente anticipo?**

- |                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| Sì, sempre        | <input type="checkbox"/> |
| Sì, spesso        | <input type="checkbox"/> |
| Sì, qualche volta | <input type="checkbox"/> |
| Sì, raramente     | <input type="checkbox"/> |
| No, mai           | <input type="checkbox"/> |

**67. L'ente che eroga il servizio ha mai sostituito di sua iniziativa un operatore?**

- |    |   |
|----|---|
| Sì | <input type="checkbox"/>                          |
| No | <input type="checkbox"/> ( <i>vai a dom. 69</i> ) |

**68. (*Solo per chi risponde "Sì" alla dom. 67*) In occasione di tali sostituzioni lei viene avvisato con sufficiente anticipo?**

- |                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| Sì, sempre        | <input type="checkbox"/> |
| Sì, spesso        | <input type="checkbox"/> |
| Sì, qualche volta | <input type="checkbox"/> |
| Sì, raramente     | <input type="checkbox"/> |
| No, mai           | <input type="checkbox"/> |

**69. In generale, la sua vita quotidiana (*dell'utente*) è migliorata da quando usufruisce del servizio di assistenza?**

- Si, esclusivamente grazie al servizio
- Si, per motivi legati allo svolgimento del servizio
- Si, ma per motivi indipendenti dal servizio
- No

**70. In generale, la vita quotidiana della sua famiglia è migliorata da quando usufruisce del servizio di assistenza?**

- Si, esclusivamente grazie al servizio
- Si, per motivi legati allo svolgimento del servizio
- Si, ma per motivi indipendenti dal servizio
- No

**71. In generale, i rapporti interni al suo nucleo familiare sono migliorati da quando usufruisce del servizio di assistenza?**

- Si, esclusivamente grazie al servizio
- Si, per motivi legati allo svolgimento del servizio
- Si, ma per motivi indipendenti dal servizio
- No

**72. (*Solo se a rispondere sono i genitori/responsabili del minore*)  
In generale, il rapporto con il minore è migliorato da quando usufruisce del servizio di assistenza?**

- Si, esclusivamente grazie al servizio
- Si, per motivi legati allo svolgimento del servizio
- Si, ma per motivi indipendenti dal servizio
- No

**AREA 5 – OPERATORI (A TUTTI GLI UTENTI)**

**73. Rispondente**

- Assistito
- Genitore dell'assistito
- Familiare dell'assistito
- Altra persona   
(specificare \_\_\_\_\_)

**74. Lei viene assistito stabilmente da un solo operatore oppure da più operatori?**

- Uno  (*vai a dom. 76*)  
Due   
Tre   
Più di tre

**75. (*Solo per chi ha contatti con più di un assistente*) Questi operatori si alternano in maniera programmata (turnover organizzato) oppure casuale?**

- Turnover organizzato   
Alternanza casuale   
Non saprei

**76. Ricorda la qualifica professionale dell'operatore/degli operatori da cui è assistito? (*Indicare come "Operatore 1" quello con cui l'utente ha contatti più frequenti*)**

	Operatore 1	Operatore 2	Operatore 3	Operatore 4	Operatore 5
Assistente domiciliare	<input type="checkbox"/>				
Assistente sociale	<input type="checkbox"/>				
Puericultore	<input type="checkbox"/>				
Educatore professionale	<input type="checkbox"/>				
Operatore non qualificato	<input type="checkbox"/>				
Psicologo/Psicoterapeuta	<input type="checkbox"/>				
Fisioterapista	<input type="checkbox"/>				
Altra figura (Specificare)	<input type="checkbox"/>				

**77. Da quanto tempo lei è assistito dall'operatore con cui ha contatti più frequenti? (*Indicare il tempo in mesi*)**

---

**78. Le chiederò di ricordare ora alcune delle caratteristiche proprie dell'operatore con cui ha contatti più frequenti; di che sesso è l'operatore?**

- Maschio   
Femmina

**79. Ricorda approssimativamente la sua età?**

- |            |                          |
|------------|--------------------------|
| 18-25      | <input type="checkbox"/> |
| 26-33      | <input type="checkbox"/> |
| 34-41      | <input type="checkbox"/> |
| 42-49      | <input type="checkbox"/> |
| 50-57      | <input type="checkbox"/> |
| 58 e oltre | <input type="checkbox"/> |

**80. Riguardo al servizio svolto dall'operatore con cui ha contatti più frequenti, potrebbe esprimere il suo grado di soddisfazione relativamente a ciascuno dei seguenti aspetti?**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Capacità di iniziativa rispetto agli interventi previsti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di organizzazione del servizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svolgimento adeguato dei servizi domiciliari (cura dell'ambiente, cura della persona, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svolgimento adeguato dei servizi extra-domiciliari per conto dell'utente (spesa, pagamento bollette, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svolgimento adeguato degli altri servizi extra-domiciliari (accompagni, relazioni con il medico/docenti, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**81. Riguardo ai rapporti con l'operatore con cui ha contatti più frequenti, potrebbe esprimere il suo grado di soddisfazione relativamente a ciascuno dei seguenti aspetti?**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Capacità di stabilire buoni rapporti con lei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di stabilire buoni rapporti con la sua famiglia/con gli altri suoi conviventi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiducia che si è stabilita tra lei e l'assistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confidenza che si è stabilita tra lei e l'assistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di procurarle momenti di sollievo/relax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**82. Nel rapporto con gli operatori in generale, c'è qualcosa che l'ha particolarmente delusa?**

Si  (specificare motivo principale  
\_\_\_\_\_  
No

**83. Lei ha mai richiesto la sostituzione di un operatore?**

Si   
No  (vai a dom. 86)

**84. (*Solo per chi risponde "Sì" alla dom. 83*) Per quale motivo principale?**

---

**85. (*Solo per chi risponde "Sì" alla dom. 83*) La sua richiesta è stata accolta?**

- Si   
No

#### AREA 6 – DATI DI BASE (A TUTTI)

**86. Sesso**

- Maschio   
Femmina

**87. Anno di nascita**

---

**88. Titolo di studio**

- Nessun titolo   
Licenza elementare   
Licenza media inferiore   
Diploma di scuola media superiore   
Laurea   
Dottorato/master/specializzazione   
Altro titolo   
(specificare \_\_\_\_\_)

**89. Condizione occupazionale**

- Studente   
Lavoratore   
Inoccupato (non ha mai lavorato)   
Disoccupato   
Pensionato   
Altra condizione   
(specificare \_\_\_\_\_)

**90. Numero di conviventi abituali (*escluso l'utente*)**

Totale conviventi \_\_\_\_\_

Nessuno, l'utente vive da solo       (*vai a dom. 92*)

**91. (*Solo per chi non vive da solo*) Composizione del nucleo familiare (*Indicare soltanto le persone che vivono stabilmente con l'utente*)**

	Sì	No
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coniuge/convivente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fratelli/sorelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Figli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nipoti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri parenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre persone (specificare )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AREA 7 – INFORMAZIONI AGGIUNTIVE A CURA DEL RILEVATORE**

**92. Verifica degli orari del piano di intervento settimanale**  
*(chiedere all'utente di poter consultare il foglio di servizio; indicare per ciascun giorno della settimana le ore di inizio e fine servizio riportate nel foglio stesso)*

	Primo servizio		Secondo servizio		Terzo servizio		Quarto servizio		Quinto servizio	
	Inizio	Fine	Inizio	Fine	Inizio	Inizio	Inizio	Fine	Inizio	Fine
Lunedì										
Martedì										
Mercoledì										
Giovedì										
Venerdì										
Sabato										
Domenica										

**93. Condizioni igieniche (*chiedere all'utente il permesso di visitare gli ambienti della casa, allo scopo di valutare il servizio di assistenza fornito*)**

	Pessime	Discrete	Buone	Ottime
Bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cucina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Camera da letto dell'utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camera dove soggiorna abitualmente l'utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitazione in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condizioni igieniche personali dell'utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**94. Situazione di intervista (*da riferire a chi ha fornito la maggioranza delle risposte*)**

	Pessima	Discreta	Buona	Ottima
Accoglienza, disponibilità all'intervista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collaborazione nella situazione di intervista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condizione cognitiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sincerità apparente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interesse per le domande poste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interesse per il tema oggetto d'indagine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**95. All'intervista erano presenti operatori dell'ente erogatore?**

Si   
No

**96. Nel caso in cui abbia risposto una persona diversa  
dell'assistito, quest'ultimo era presente durante l'intervista?**

Si   
No

**97. Nel caso in cui abbia risposto una persona diversa  
dell'assistito, quest'ultimo ha in qualche modo confermato le  
risposte fornite?**

Si   
No

**98. Data intervista: (*giorno/mese/anno*)    \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_**

**99. Ora inizio intervista: (*ora/minuti*)    \_\_\_\_ / \_\_\_\_**

**100. Durata intervista: (*ore/minuti*)    \_\_\_\_ / \_\_\_\_**

**101. Note e  
osservazioni:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

102. **Nome e Cognome del rilevatore:** \_\_\_\_\_

**Firma del rilevatore:** \_\_\_\_\_

## All. 3

Egregio/Gentile  
Signor...../a

Roma, .....

Gentile Signor...../a

*Il Suo nominativo è iscritto presso il nostro Municipio nelle liste di coloro che usufruiscono dell'assistenza domiciliare erogata dal Comune di Roma.*

*L'"Agenzia per il Controllo e la Qualità dei Servizi Pubblici Locali", che è l'Ente responsabile, per conto del Comune, del controllo sulla qualità dei servizi forniti sul territorio di Roma, ha incaricato l'Università degli Studi di Roma La Sapienza di realizzare un'indagine il cui obiettivo è quello di verificare la corrispondenza tra il servizio di assistenza domiciliare previsto nei piani di intervento e quello effettivo e di valutare la qualità dello stesso e la soddisfazione dell'utente.*

*Il Suo nominativo fa parte del campione estratto casualmente fra tutti gli utenti del Municipio e, di conseguenza, Le chiedo di rendersi disponibile a farsi intervistare da un rilevatore dell'Università, munito di tesserino di riconoscimento, per rispondere ad una serie di domande presenti in un questionario.*

*Per realizzare l'indagine è necessaria la Sua collaborazione e la Sua disponibilità a ricevere la visita dell'intervistatore che non la impegnerà per più di 30/40 minuti.*

*L'Università, a cui sarà consegnata la lista dei nominativi estratti con i relativi recapiti, La contatterà telefonicamente, tramite un suo incaricato della rilevazione, nei prossimi xxxx giorni per fissare un appuntamento presso la Sua abitazione secondo le Sue esigenze ed i Suoi orari, a meno che Lei non escluda la Sua collaborazione, chiedendo di eliminare il Suo nominativo dall'elenco degli assistiti campionati, telefonando entro xxxx giorni dal ricevimento della presente al numero telefonico del Municipio .....e comunicando la Sua indisponibilità.*

*Mi auguro che, invece, Lei si trovi d'accordo sulla realizzazione dello studio che, certamente, avrà effetti positivi sulla qualità dell'assistenza domiciliare e contribuisca con la Sua preziosa collaborazione cogliendo anche l'occasione di poter esprimere in prima persona la Sua opinione sul servizio.*

*RingraziandoLa anticipatamente, Le invio i miei migliori saluti.*

**Bernardo Pizzetti**

*Presidente*

**Federico Colosi**

*Vice Presidente*

**Sergio Migliorini**

*Consigliere*



Via Cola di Rienzo 217 • 00192 Roma  
Telefono 06.367071 Fax 06.36707212  
[www.agenzia.roma.it](http://www.agenzia.roma.it)

*L'Agenzia per il controllo e la qualità dei servizi pubblici locali  
del Comune di Roma è stata istituita dal Consiglio Comunale  
con Deliberazione n. 39 del 14 marzo 2002*

Agenzia