



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 ☐

Puericultrice ☐

- 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	<i>Igiene e cura dell'ambiente in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Sostegno all'igiene e cura dell'ambiente in generale</i>	<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	<i>Igiene e cura della persona in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Sostegno all'igiene e cura della persona in generale</i>	<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	<i>Cura della salute in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Sostegno alla cura della salute in generale</i>	<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	<i>Alimentazione ed attività conseguenti in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Sostegno all'alimentazione ed attività conseguenti in generale</i>	<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/ricreative	<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 (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altre attività (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)

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:

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 ☐

Puericultrice ☐

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	<i>Igiene e cura dell'ambiente in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Sostegno all'igiene e cura dell'ambiente in generale</i>	<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	<i>Igiene e cura della persona in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Sostegno all'igiene e cura della persona in generale</i>	<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	<i>Cura della salute in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Sostegno alla cura della salute in generale</i>	<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	<i>Alimentazione ed attività conseguenti in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Sostegno all'alimentazione ed attività conseguenti in generale</i>	<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"/>	
	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	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/ricreative	<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"/>	
	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"/>	
	Altre attività (specificare):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altre attività (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)

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:

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 ☐

Puericultrice ☐

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 (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altre attività rivolte all'utente o di sostegno	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"/>	
	Altre attività (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accompagni	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 attività (specificare)	<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"/>	

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 attività (specificare)	<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
<i>Igiene e cura dell'ambiente in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Sostegno all'igiene e cura dell'ambiente in generale</i>	<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
<i>Igiene e cura dell'ambiente in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sostegno all'igiene e cura dell'ambiente in generale</i>	<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
<i>Igiene e cura della persona in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Sostegno all'igiene e cura della persona in generale</i>	<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
<i>Igiene e cura della persona in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sostegno all'igiene e cura della persona in generale</i>	<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
<i>Cura della salute in generale</i>	<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"/>	
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
<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"/>

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
<i>Nutrizione ed attività conseguenti in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Sostegno a nutrizione ed attività conseguenti in generale</i>	<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
<i>Nutrizione ed attività conseguenti in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sostegno a nutrizione ed attività conseguenti in generale</i>	<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/ricreative	<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/ricreative	<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
<i>Igiene e cura dell'ambiente in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Sostegno all'igiene e cura dell'ambiente in generale</i>	<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
<i>Igiene e cura dell'ambiente in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sostegno all'igiene e cura dell'ambiente in generale</i>	<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
<i>Igiene e cura della persona in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Sostegno all'igiene e cura della persona in generale</i>	<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
<i>Igiene e cura della persona in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sostegno all'igiene e cura della persona in generale</i>	<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
<i>Cura della salute in generale</i>	<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"/>	
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 conseguenti in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Sostegno a nutrizione ed attività conseguenti 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 conseguenti in generale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sostegno a nutrizione ed attività conseguenti 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/ricreative	<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/ricreative	<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
<i>Cure del minore e organizzazione familiare in generale</i>	<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
<i>Cure del minore e organizzazione familiare in generale</i>	<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
<i>Supporto alle capacità genitoriali in generale</i>	<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?

- Sì ☐
- 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?

- Sì ☐ (indicare il nome_____)
- No ☐

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

- Sì ☐
- No ☐

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

- Sì ☐
- No ☐

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

- Sì ☐
- 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 ☐
- Sì, spesso ☐
- Sì, qualche volta ☐
- Sì, raramente ☐
- No, mai ☐

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 ☐
- No ☐ (*vai a dom. 67*)

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

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

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

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

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

- Sì ☐
- No ☐ (*vai a dom. 69*)

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

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

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

- Sì, esclusivamente grazie al servizio ☐
Sì, per motivi legati allo svolgimento del servizio ☐
Sì, 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?

- Sì, esclusivamente grazie al servizio ☐
Sì, per motivi legati allo svolgimento del servizio ☐
Sì, 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?

- Sì, esclusivamente grazie al servizio ☐
Sì, per motivi legati allo svolgimento del servizio ☐
Sì, 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?**

- Sì, esclusivamente grazie al servizio ☐
Sì, per motivi legati allo svolgimento del servizio ☐
Sì, 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistente sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puericultrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educatore professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operatore non qualificato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicologo/Psicoterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altra figura (Specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 ☐
26-33 ☐
34-41 ☐
42-49 ☐
50-57 ☐
58 e oltre ☐

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?

- Sì ☐ (specificare motivo principale _____)
No ☐

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

- Sì ☐
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?

Sì ☐

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?

Sì ☐

No ☐

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

Sì ☐

No ☐

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

Sì ☐

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:

AII. 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 xxxxx 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 xxxxx giorni dal ricevimento della presente al numero telefonico del Municipioe 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

*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