

Numero del Questionario (lo stesso assegnato alla prima intervista) QUESTNUM

Codice del Paese

F2CTRY

39

EUROFAMCARE

Follow-Up

F1NAME	COGNOME DELL'INTERVISTATORE	
F1INTN	CODICE DELL'INTERVISTATORE (come da "Lista Italiana degli intervistatori")	
F7DOI F7MOI F7YOI	DATA DELL'INTERVISTA: (GG / MM / AAAA)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
F3ADM	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE Postale • Telefonica , Postale integrata con telefonica <i>f</i> Faccia a faccia " Altro, specificare <input type="text"/> ...	
F30THE		

Abbiamo il piacere di ricontattarla dopo 12 mesi dalla prima intervista per parlare della sua successiva esperienza nel Suo ruolo di Assistente familiare dell'ANZIANO

(Per l'intervistatore: assicurarsi che l'assistente si riferisca allo stesso ANZIANO assistito 12 mesi fa)

1 F1CARE	Lei sta ancora fornendo assistenza o supporto per più di 4 ore a settimana <u>allo stesso ANZIANO</u> ?	Sì • Vai alla dom. 4	No € Vai alla dom. 2
2 F2STOP	Da quanti mesi non assiste più l'ANZIANO (o ha ridotto il tempo dedicato alla sua assistenza a meno di 4 ore a settimana)?	<input type="text"/>	mesi
3	Per quale motivo non fornisce più assistenza o supporto all'ANZIANO per più di 4 ore a settimana? (Sono possibili più risposte)		
	a) L'ANZIANO ha ancora bisogno di assistenza o supporto per più di 4 ore a settimana, ma qualcun altro la fornisce (se l'ANZIANO è deceduto, segnare l'ultimo assistente, nel caso non fosse Lei): altro familiare • F3REAA1 assistente professionale • F3REAA2 casa di riposo o simili • F3REAA3 altri • F3REAA4		
F3REASB	b) L'ANZIANO è deceduto... ...a domicilio • ...in casa di riposo o simili , ...in ospedale <i>f</i> ...in altro luogo "		
F3SPEC	c) Se c'è un'altro motivo, specificarlo (es. l'anziano non ha più bisogno di assistenza; Lei si è ammalato, ecc.) ?		

LE SUCCESSIVE DOMANDE RIGUARDANO LA SUA OPINIONE SULLA SUA SALUTE E QUALITA' DI VITA.

4 F97QOL1	In generale, come giudica la Sua salute?						
Eccellente		Molto buona	Buona	Discreta	Cattiva		
•		,	<i>f</i>	"	...		
Nelle ultime due settimane ...		Sempre	La maggior parte del tempo	Più della metà del tempo	Meno della metà del tempo	Qualche volta	Mai
5 F98QOL2	... si è sentito allegro e di buonumore		...	"	<i>f</i>	,	• €
6 F99QOL3	... si è sentito tranquillo e rilassato		...	"	<i>f</i>	,	• €
7 F100QOL4	... si è sentito attivo e pieno di energie		...	"	<i>f</i>	,	• €
8 F101QOL5	... si è svegliato fresco e riposato		...	"	<i>f</i>	,	• €
9 F102QOL6	...la sua vita quotidiana è stata ricca di cose che La interessano		...	"	<i>f</i>	,	• €
10 F103QOL7	Nel complesso, come giudica la qualità della Sua vita in riferimento alle ultime due settimane?						
Molto cattiva		Cattiva	Né buona né cattiva	Buona	Molto buona		
...		"	<i>f</i>	,	•		

11 F11EXPEC	In generale, chi ritiene debba essere responsabile dell'assistenza e del supporto alle persone anziane?	La famiglia dovrebbe avere la piena responsabilità	•
		La famiglia dovrebbe avere la responsabilità principale, lo Stato/società/autorità pubbliche dovrebbero contribuire	,
		Lo Stato/società/autorità pubbliche dovrebbero avere la responsabilità principale, la famiglia dovrebbe contribuire	<i>f</i>
		Lo Stato/società/autorità pubbliche dovrebbero avere la piena responsabilità	"
		È difficile dirlo	...

Intervistatore: qui si conclude l'intervista con coloro che non assistono più l'anziano per più di 4 ore a settimana; a pagina 10 alla domanda 37 si potranno fornire ulteriori dettagli. Gli altri sono pregati di rispondere alle seguenti domande riguardanti la loro condizione di assistenti familiari dell'ANZIANO.

12 F12HOUR	In media, quante ore a settimana Lei dedica all'assistenza dell'ANZIANO?	<input type="text"/> ore
----------------------	---	--------------------------

13 F14HOUR	Nel complesso, quante ore alla settimana dedica all'assistenza di tutte le altre persone (anziane o non) escluso l'ANZIANO? (se nessun'altra persona è assistita dall'intervistato eccetto l'anziano, scrivere "0" nella casella)	<input type="text"/> ore
----------------------	--	--------------------------

14 F21COHAB	Dove vivete, Lei e l'ANZIANO?	Nella stessa casa	•
		In diversi appartamenti ma nello stesso palazzo	,
		Ad una distanza raggiungibile a piedi	<i>f</i>
		A 10 minuti di viaggio in auto, bus o treno	"
		A 30 minuti di viaggio in auto, bus o treno	...
		A non più di 1 ora di viaggio in auto, bus o treno	†
		Ad oltre 1 ora di viaggio in auto, bus o treno	‡

15 F22HOME F22OTHE	Dove vive solitamente L'ANZIANO?	A domicilio • In casa di riposo , In alloggio protetto <i>f</i> Altro (specificare sotto) "
	Specificazione di "Altro"	<input type="text"/>

16 F175EMPL F180WOR1 F180HOUR	Lei sta attualmente lavorando?	€ No <i>continuare sotto nella sezione bianca</i> â • Sì <i>continuare sotto nella sezione grigia</i> â
	<p>L'attività di assistenza all'ANZIANO non Le consente di lavorare •</p> <p>A causa dell'attività di assistenza all'ANZIANO ha dovuto smettere di lavorare nel corso degli ultimi 12 mesi ,</p> <p>Ha smesso di lavorare per motivi diversi dall'attività di assistenza all'ANZIANO <i>f</i></p> <p>Se ha dovuto smettere di lavorare, quante ore a settimana lavorava prima di smettere? <input type="text"/> ? ore</p> <p><i>Continuare con la domanda 17</i></p>	<p>Quante ore lavora in una settimana tipo? <input type="text"/> ? ore</p> <p>F175HOUR</p> <p>Nel complesso, il numero delle ore lavorate a settimana è rimasto invariato, nonostante l'attività di assistenza all'ANZIANO •</p> <p>Il fatto di assistere l'ANZIANO l'ha spinto a ridurre il Suo orario di lavoro ,</p> <p>Ha dovuto ridurre il Suo orario di lavoro per motivi diversi dall'attività di assistenza all'ANZIANO <i>f</i></p> <p>F178WOR1</p> <p>Di quante ore alla settimana ha dovuto ridurre il Suo orario di lavoro? <input type="text"/> ? ore</p> <p>F178HOUR</p> <p>E qual'è stata la variazione del Suo reddito netto mensile? <input type="text"/> ? Euro</p> <p>F178INC</p> <p><i>Continuare con la domanda 17</i></p>

17	L'attività di assistenza ha determinato alcune delle seguenti restrizioni alla Sua vita lavorativa o alla Sua carriera?		
F181WOR1	Non posso (o non ho potuto) sviluppare la mia carriera professionale o i miei studi	Sì •	No €
F181WOR2	Posso (o ho potuto) lavorare solo saltuariamente	Sì •	No €

18 F69BREAK	Se Lei avesse bisogno di una pausa dall'assistenza, ci sarebbe qualcuno che potrebbe badare all'ANZIANO al Suo posto?	Sì, potrei trovare qualcuno abbastanza facilmente •
		Sì, potrei trovare qualcuno ma con qualche difficoltà ,
		No, nessuno <i>f</i>

19 Le seguenti domande riguardano attività che noi tutti svolgiamo come parte della nostra vita quotidiana. Secondo Lei l'ANZIANO sarebbe in grado di svolgere queste attività senza alcun aiuto, con un po' di aiuto da parte di altri, oppure non sarebbe assolutamente in grado di svolgerle, neanche se aiutato?

Barrare la risposta appropriata $\hat{1}$		Non in grado	Con un po' di aiuto	Senza aiuto
F43IADL1	Lavori di casa (pulire pavimenti, etc.)	€	•	,
F44IADL2	Prepararsi da mangiare	€	•	,
F45IADL3	Andare a far spese	€	•	,
F46IADL4	Gestire i suoi soldi	€	•	,
F47IADL5	Fare una telefonata	€	•	,
F48IADL6	Prendere le sue medicine	€	•	,
F49MOB	Camminare fuori di casa	€	•	,
F51BAR2	Fare le scale	€	•	,
F533BAR4	Usare il gabinetto (o la comoda)	€	•	,
F54BAR5	Farsi il bagno o la doccia	€	•	,
F55BAR6	Avere cura del suo aspetto (pettinarsi, farsi la barba, truccarsi ecc.)	€	•	,
F56BAR7	Vestirsi da solo	€	•	,
F57BAR8	Mangiare da solo	€	•	,

20 F50BAR1	Muoversi per casa	Non in grado (deve essere spostato di peso o spinto su una sedia a rotelle)	€
		Su una sedia a rotelle senza aiuto o camminando con un aiuto fisico consistente	•
		Camminando con un pò di aiuto (guidato o supervisionato)	,
		Senza aiuto (o usando un ausilio assistenziale, ad esempio il bastone)	<i>f</i>

21 F52BAR3	Spostarsi da solo dal letto alla sedia se questi sono vicini	Non in grado (non ha equilibrio sufficiente per stare seduto)	€
		Con aiuto fisico consistente (di 1 o 2 persone)	•
		Con aiuto minore (verbale o fisico)	,
		Senza aiuto	<i>f</i>

22 F58BAR9	All'ANZIANO capita di non riuscire a controllare il bisogno di urinare (incontinenza vescicale)?	Sì, frequentemente (una o più volte al giorno oppure necessita di catetere)	€
		Sì, occasionalmente (meno di una volta al giorno)	•
		No (continente)	,

23 F59BAR10	All'ANZIANO capita di avere problemi intestinali (incontinenza fecale)?	Sì, frequentemente (una o più volte la settimana oppure necessita di clistere)	€
		Sì, occasionalmente (meno di una volta alla settimana)	•
		No (continente)	,

ALCUNE TRA LE SITUAZIONI PIU' STRESSANTI PER CHI ASSISTE UN ANZIANO SONO LEGATE AI PROBLEMI DI MEMORIA E DI COMPORTAMENTO DI QUESTO ULTIMO. LE SEGUENTI DOMANDE RIGUARDANO TALI ASPETTI.

24 F36MEM1	L'ANZIANO ha problemi di memoria? (Per esempio, ha difficoltà a ricordare che giorno è o a riconoscere amici e vicini)	Sì • Vai a dom. 25	No € Vai a dom. 27
25 F36MEM2	Se Sì , il medico ha effettuato una diagnosi in merito?	Sì • Vai a dom. 26	No € Vai a dom. 27
26 F37MEM3 F37SPEC	Se Sì , per favore indicare se si tratta di:	Demenza •	Altro ,
	Specificazione di 'Altro': <input type="text"/>		?

27 Con quale frequenza l'ANZIANO si comporta nei seguenti modi?	La gran parte del tempo	Qualche volta	Raramente	Mai
F39BEHP1 Vaga per casa o fuori casa o si comporta in modo pericoloso per la propria incolumità?	<i>f</i>	,	•	€
F40BEHP2 Ha difficoltà a condurre una normale conversazione, non si rende conto di avere dei problemi, non collabora con le Sue richieste?	<i>f</i>	,	•	€
F41BEHP3 Si comporta in modi che La agitano? Per esempio le fa continuamente delle domande, la segue nei suoi spostamenti, ripete le stesse frasi, urla e strilla senza una particolare ragione, si veste o sveste in modo inappropriato?	<i>f</i>	,	•	€

28 Le prossime domande si riferiscono all'aiuto che è disponibile per Lei in quanto familiare che assiste	Sempre	Spesso	A volte	Mai	N/A
F82COP1 Riesce a svolgere in modo soddisfacente il Suo ruolo di assistente?	"	<i>f</i>	,	•	
F83COP2 Trova che assistere sia troppo impegnativo?	"	<i>f</i>	,	•	
F84COP3 Assistere Le crea qualche difficoltà nei rapporti con i Suoi amici?	"	<i>f</i>	,	•	^
F85COP4 Fornire assistenza ha un effetto negativo sul Suo stato di salute fisica?	"	<i>f</i>	,	•	
F86COP5 Assistere Le crea delle difficoltà nei rapporti con la Sua famiglia?	"	<i>f</i>	,	•	^
F87COP6 Fornire assistenza Le causa difficoltà finanziarie?	"	<i>f</i>	,	•	
F88COP7 Si sente "intrappolato" nel Suo ruolo di assistente?	"	<i>f</i>	,	•	
F89COP8 Si sente adeguatamente sostenuto dai Suoi amici e/o vicini di casa?	"	<i>f</i>	,	•	^
F90COP9 Trova che valga la pena fornire assistenza?	"	<i>f</i>	,	•	
F91COP10 Si sente adeguatamente sostenuto dalla Sua famiglia?	"	<i>f</i>	,	•	^
F92COP11 Ha un buon rapporto con la persona che assiste?	"	<i>f</i>	,	•	
F93COP12 Si sente adeguatamente sostenuto dai servizi sanitari e sociali (pubblici, privati o volontari)?	"	<i>f</i>	,	•	^
F94COP13 Ritieni di essere apprezzato per il fatto che Lei assiste?	"	<i>f</i>	,	•	
F95COP14 Fornire assistenza ha un effetto negativo sul Suo equilibrio emotivo?	"	<i>f</i>	,	•	
F96COP15 Nell'insieme, si sente adeguatamente sostenuto nel Suo ruolo di assistente?	"	<i>f</i>	,	•	

29. Quali servizi ha utilizzato l'ANZIANO negli ultimi 6 mesi?				Con che frequenza l'ANZIANO ha usato questo servizio, in media?					
(Segnare le caselle che interessano)				quantità	unità	Al giorno	Alla settimana	Al mese	Ultimi 6 mesi
A				B		C			
Servizi sanitari, infermieristici, riabilitativi									
FSEI1A FSEI1B FSEI1C	1. Medico di base	q	.....	Visite	q•	q,	qf	q„	
FSEI2A FSEI2B FSEI2C	2. Medico specialista, se si indicare quale:								
FSEI201 FSEI201A FSEI201B FSEI201C	201. _____	q	.....	Visite	q•	q,	qf	q„	
FSEI202 FSEI202A FSEI202B FSEI202C	202. _____	q	.....	Visite	q•	q,	qf	q„	
FSEI203 FSEI203A FSEI203B FSEI203C	203. _____	q	.....	Visite	q•	q,	qf	q„	
FSEI204 FSEI204A FSEI204B FSEI204C	204. _____	q	.....	Visite	q•	q,	qf	q„	
FSEI205 FSEI205A FSEI205B FSEI205C	205. _____	q	.....	Visite	q•	q,	qf	q„	
FSEI206 FSEI206A FSEI206B FSEI206C	206. _____	q	.....	Visite	q•	q,	qf	q„	
FSEI3A FSEI3B FSEI3C	3. Psicologo	q	.....	Visite	q•	q,	qf	q„	
FSEI4A FSEI4B FSEI4C	4. Ospedale	q	.....	Giorni		q,	qf	q„	
FSEI5A FSEI5B FSEI5C	5. Assistenza residenziale sanitaria di lungo periodo (per malati terminali, per riabilitazione, RSA)	q	.....	Giorni		q,	qf	q„	
FSEI6A FSEI6B FSEI6C	6. Day hospital	q	.....	Giorni		q,	qf	q„	
FSEI7A FSEI7B FSEI7C	7. Assistenza domiciliare per malati terminali	q	.....	Ore	q•	q,	qf	q„	
FSEI8A FSEI8B FSEI8C	8. Riabilitazione a domicilio	q	.....	Ore	q•	q,	qf	q„	
FSEI9A FSEI9B FSEI9C	9. Assistenza infermieristica a domicilio	q	.....	Ore	q•	q,	qf	q„	
FSEI10A FSEI10B FSEI10C	10. Esami di laboratorio o altri test diagnostici a domicilio	q	.....	Visite	q•	q,	qf	q„	
FSEI11A FSEI11B FSEI11C	11. Telemedicina per monitoraggio	q	.....	Visite	q•	q,	qf	q„	
FSEI12A FSEI12B FSEI12C	12. Unità di valutazione geriatrica o distrettuale (UVG UVD: valutazione della situazione dell'anziano e dell'assistente)	q	.....	Visite	q•	q,	qf	q„	
FSEI13A FSEI13B FSEI13C	13. Altri servizi medici, infermieristici, riabilitativi. Se si specificare se si tratta di uno dei seguenti o indicare quali:								
FSEI14A FSEI14B FSEI14C	14. Riabilitazione non a domicilio	q	.....	Visite	q•	q,	qf	q„	
FSEI15A FSEI15B FSEI15C	15. Esami specialistici	q	.....	Visite	q•	q,	qf	q„	
FSEI16A FSEI16B FSEI16C	16. Esami di laboratorio non a domicilio	q	.....	Visite	q•	q,	qf	q„	
FSEI17 FSEI17A FSEI17B FSEI17C	17. Altro _____	q	.....	Visite	q•	q,	qf	q„	
FSEI18 FSEI18A FSEI18B FSEI18C	18. Altro _____	q	.....	Visite	q•	q,	qf	q„	
FSEI19 FSEI19A FSEI19B FSEI19C	19. Altro _____	q	.....	Visite	q•	q,	qf	q„	

29. Quali servizi ha utilizzato l'ANZIANO negli ultimi 6 mesi?			Con che frequenza l'ANZIANO ha usato questo servizio, in media?					
(Segnare le caselle che interessano)			quantità	unità	Al giorno	Alla settimana	Al mese	Ultimi 6 mesi
A			B		C			
Servizi socio-assistenziali								
FSEI20A FSEI20B FSEI20C	20. Ricovero permanente in casa di riposo	q	.....	Giorni	q	qf	q	q
FSEI21A FSEI21B FSEI21C	21. Ricovero temporaneo in casa di riposo con finalità di sollievo dell'assistente familiare	q	.....	Giorni	q	qf	q	q
FSEI22A FSEI22B FSEI22C	22. Casa protetta (casa albergo, appartamenti con servizi comuni, ecc.)	q	.....	Giorni	q	qf	q	q
FSEI23A FSEI23B FSEI23C	23. Servizio di lavanderia	q	.....	Volte	q•	q	qf	q
FSEI24A FSEI24B FSEI24C	24. Servizi di trasporto dedicati	q	.....	Viaggi	q•	q	qf	q
FSEI25A FSEI25B FSEI25C	25. Parrucchiere a domicilio	q	.....	Visite	q•	q	qf	q
FSEI26A FSEI26B FSEI26C	26. Pasti a domicilio	q	.....	Pasti	q•	q	qf	q
FSEI27A FSEI27B FSEI27C	27. Podologo	q	.....	Visite	q•	q	qf	q
FSEI28A FSEI28B FSEI28C	28. Telesoccorso (collegamento con centrale di intervento)	q	.....	Volte	q•	q	qf	q
FSEI29A FSEI29B FSEI29E FSEI29T	29. Ausili assistenziali. <i>Se sì, specificare quali (ad es. bastone, girello, sedia a rotelle, protesi ortopediche o dentarie, pannoloni, ecc.)</i>							
FSEI291 FSEI291A FSEI291B FSEI291C	291. _____	q	.....	Singole unità	q•	q	qf	q
FSEI292 FSEI292A FSEI292B FSEI292C	292. _____	q	.....	Singole unità	q•	q	qf	q
FSEI293 FSEI293A FSEI293B FSEI293C	293. _____	q	.....	Singole unità	q•	q	qf	q
FSEI294 FSEI294A FSEI294B FSEI294C	294. _____	q	.....	Singole unità	q•	q	qf	q
FSEI295 FSEI295A FSEI295B FSEI295C	295. _____	q	.....	Singole unità	q•	q	qf	q
FSEI296 FSEI296A FSEI296B FSEI296C	296. _____	q	.....	Singole unità	q•	q	qf	q
FSEI30A FSEI30B FSEI30C	30. Abbattimento di barriere architettoniche	q	.....	Interventi	q•	q	qf	q
FSEI31A FSEI31B FSEI31C	31. Compagnia per l'anziano	q	.....	Ore	q•	q	qf	q
FSEI32A FSEI32B FSEI32C	32. Assistente sociale	q	.....	Visite	q•	q	qf	q
FSEI33A FSEI33B FSEI33C	33. Assistenza privata diurna in ospedale o casa di riposo	q	.....	Giorni	q	qf	q	q
FSEI34A FSEI34B FSEI34C	34. Assistenza privata notturna in ospedale o casa di riposo	q	.....	Notti	q	qf	q	q
FSEI35A FSEI35B FSEI35C	35. Assistente privato convivente: "badante"	q	.....	Mesi				q
FSEI36A FSEI36B FSEI36C	36. Assistenza domiciliare privata diurna per pulizia ambiente domestico	q	.....	Ore	q•	q	qf	q
FSEI37A FSEI37B FSEI37C	37. Assistenza domiciliare privata diurna per igiene e cura personale	q	.....	Ore	q•	q	qf	q
FSEI38A FSEI38B FSEI38C	38. Assistenza domiciliare privata notturna	q	.....	Notti	q	qf	q	q
FSEI39A FSEI39B FSEI39C	39. Assistenza domiciliare pubblica per pulizia ambiente domestico	q	.....	Ore	q•	q	qf	q

29. Quali servizi ha utilizzato l'ANZIANO negli ultimi 6 mesi?			Con che frequenza l'ANZIANO ha usato questo servizio, in media?					
(Segnare le caselle che interessano)			quantità	unità	Al giorno	Alla settimana	Al mese	Ultimi 6 mesi
A			B		C			
FSEI40A FSEI40B FSEI40C	40. Assistenza domiciliare pubblica per igiene e cura personale	q	.....	Ore	q•	q,	qf	q„
FSEI41A FSEI41B FSEI41C	41. Supporto telefonico fornito da associazioni per anziani (telefono amico, ecc.)	q	.....	Chiamate	q•	q,	qf	q„
FSEI42A FSEI42B FSEI42C	42. Servizi di consulenza e informazione per l'anziano	q	.....	Contatti	q•	q,	qf	q„
FSEI43A FSEI43B FSEI43C	43. Centro diurno con finalità assistenziali	q	.....	Giorni		q,	qf	q„
FSEI44A FSEI44B FSEI44C	44. Centro sociale con finalità ricreative	q	.....	Giorni		q,	qf	q„
FSEI45A FSEI45B FSEI45C	45. Altri servizi socio-assistenziali. <i>Se si specificare quali.</i>							
FSEI46A FSEI46B FSEI46C	46. Aiuto da parte di associazioni di volontariato	q	.....	Volte	q•	q,	qf	q„
FSEI47 FSEI47A FSEI47B FSEI47C	47. Altro _____	q	.....	Volte	q•	q,	qf	q„
FSEI48 FSEI48A FSEI48B FSEI48C	48. Altro _____	q	.....	Volte	q•	q,	qf	q„
FSEI49 FSEI49A FSEI49B FSEI49C	49. Altro _____	q	.....	Volte	q•	q,	qf	q„

30 FSEH1	Quale dei servizi che l'ANZIANO ha usato negli ultimi 6 mesi è il più utile secondo Lei? (scrivere il nome del servizio, ad esempio "assistente sociale", o il suo numero indicato nella lista sopra alla domanda 29, ad esempio "32")	Scrivere il nome	Servizio Numero:	<input type="text"/>
FSEH2	E il secondo più utile?	Scrivere il nome	Servizio Numero:	<input type="text"/>
FSEH3	Il terzo più utile?	Scrivere il nome	Servizio Numero:	<input type="text"/>
31 FSENH1 FSENH2 FSENH3	Se Lei pensa che uno o più servizi usati dall'ANZIANO non siano utili per Lei, per favore <u>indichi quali</u> .	Scrivere il nome	Servizio Numero:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

32. Quali servizi ha utilizzato Lei negli ultimi 6 mesi?		Con che frequenza ha usato questo servizio, <u>in media</u> ?					
<i>(Segnare le caselle che interessano)</i> A		quantità	unità	Al giorno	Alla settimana	Al mese	Ultimi 6 mesi
		B		C			
FSCI50A FSCI50B FSCI50C	50. Corsi di formazione sull'assistenza	q	.....	Volte (lezioni)	q • q ,	q f	q "
FSCI51A FSCI51B FSCI51C	51. Supporto telefonico fornito da associazioni per familiari	q	.....	Chiamate	q • q ,	q f	q "
FSCI52A FSCI52B FSCI52C	52. Servizi su Internet	q	.....	Volte (consultazioni)	q • q ,	q f	q "
FSCI53A FSCI53B FSCI53C	53. Gruppi di supporto per familiari o di auto-aiuto per familiari	q	.....	Volte (Incontri)	q • q ,	q f	q "
FSCI54A FSCI54B FSCI54C	54. Servizi di consulenza per assistenti familiari	q	.....	Contatti	q • q ,	q f	q "
FSCI55A FSCI55B FSCI55C	55. Servizio di sollievo a domicilio regolare, sorveglianza all'anziano per qualche ora al giorno durante la settimana	q	.....	Ore	q • q ,	q f	q "
FSCI56A FSCI56B FSCI56C	56. Sostituzione dell'assistente familiare per brevi periodi di tempo (ad esempio una settimana)	q	.....	Giorni	q ,	q f	q "
FSCI57A FSCI57B FSCI57C	57. Valutazione dei bisogni dell'assistente familiare, con o senza colloquio con lo stesso con strumenti standardizzati (es. questionari, scale, ecc.)	q	.....	Volte	q • q ,	q f	q "
FSCI58A FSCI58B FSCI58C	58. Servizi dedicati per assistenti familiari provenienti da diversi gruppi etnici	q	.....	Volte	q • q ,	q f	q "
FSCI59A FSCI59B FSCI59C	59. Gestione delle situazioni di crisi	q	.....	Volte	q • q ,	q f	q "
FSCI60A FSCI60B FSCI60C	60. Altri servizi relativi alla condizione di assistente familiare. <i>Se si specificare se si tratta di uno dei seguenti o indicare quali:</i>	q	.....	Volte	q • q ,	q f	q "
FSCI1A FSCI1B FSCI1C	1. Medico di base	q	.....	Visite	q • q ,	q f	q "
FSCI2A FSCI2B FSCI2C	2. Medico specialista, se si indicare quale:						
FSCI201 FSCI201A FSCI201B FSCI201C	201. _____	q	.....	Visite	q • q ,	q f	q "
FSCI202 FSCI202A FSCI202B FSCI202C	202. _____	q	.....	Visite	q • q ,	q f	q "
FSCI203 FSCI203A FSCI203B FSCI203C	203. _____	q	.....	Visite	q • q ,	q f	q "
FSCI204 FSCI204A FSCI204B FSCI204C	204. _____	q	.....	Visite	q • q ,	q f	q "
FSCI205 FSCI205A FSCI205B FSCI205C	205. _____	q	.....	Visite	q • q ,	q f	q "
FSCI206 FSCI206A FSCI206B FSCI206C	206. _____	q	.....	Visite	q • q ,	q f	q "
FSCI4A FSCI4B FSCI4C	4. Ospedale	q	.....	Giorni	q ,	q f	q "
FSCI61 FSCI61A FSCI61B FSCI61C	61. Altro _____	q	.....	Volte	q • q ,	q f	q "
FSCI62 FSCI62A FSCI62B FSCI62C	62. Altro _____	q	.....	Volte	q • q ,	q f	q "
FSCI63 FSCI63A FSCI63B FSCI63C	63. Altro _____	q	.....	Volte	q • q ,	q f	q "

33 FSC H1	Quale dei servizi da Lei usati negli ultimi 6 mesi è il più utile secondo Lei? <i>(scrivere il nome del servizio, ad es. "corsi di formazione..." o il suo numero indicato alla domanda 32, ad es. "50")</i>	..... <i>Scrivere il nome</i>	Servizio Numero:	<input type="text"/>
FSC H2	E il secondo più utile?	..... <i>Scrivere il nome</i>	Servizio Numero:	<input type="text"/>
FSC H3	Il terzo più utile?	..... <i>Scrivere il nome</i>	Servizio Numero:	<input type="text"/>
34 FSCNH1 FSCNH2 FSCNH3	Se Lei pensa che uno o più servizi da Lei usati non siano utili per Lei, per favore <u>indichi quali</u>.	..... <i>Scrivere il nome</i>	Servizio Numero:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

34a	Lei o l'ANZIANO ricevete alcuno dei sussidi economici, pensioni o assegni sotto elencati, in relazione all'assistenza? <i>Segnare le caselle che interessano</i>	Sì	No
FAL I1	Pensione di invalidità	q •	q €
FAL I2	Indennità di accompagnamento	q •	q €
FAL I3	Assegno di cura (comunale o regionale) alla persona anziana	q •	q €
FAL I4	Assegno di cura (comunale o regionale) alla persona che assiste l'anziano	q •	q €
FAL I5	Benefici fiscali per le spese sostenute per l'assistenza (detrazioni o deduzioni)	q •	q €
FAL I6A FAL I6	Altro:	q •	q €
FAL TOT	Somma totale dei sussidi ricevuti dall'anziano e dall'assistente al mese	<input type="text"/>	Euro

35 F157FUT1	L'anno prossimo, sarebbe disposto a continuare ad assistere l'anziano?	
	Sì, e sarei anche disposto ad incrementare la quantità di cure	•
	Sì, e sarei anche disposto ad incrementare la quantità di cure che presto, per un periodo limitato di tempo	,
	Sì, se la situazione rimanesse stabile	f
	Sì, ma solo se avessi più sostegno (dai servizi, dalla famiglia, dagli amici, ecc.)	"
	No, indipendentemente dal maggiore aiuto che avessi	...

36 F68OTH	Si sono verificati altri cambiamenti significativi nella sua vita durante lo scorso anno, che non sono stati contemplati dalle precedenti domande? <i>Se sì, per favore può indicare quali?</i>	Sì	No
		•	€
F68SPEC	..... ..... .....	

37	Ha altri commenti, suggerimenti, esperienze o idee che desidera esprimere e far sapere agli altri? Se sì, per favore può indicare quali? Ogni commento è ben accetto.
FFINSPEC	...............

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE!