

EUROFAMCARE

Questionario

1 G1NAME	COGNOME E NOME DELL'INTERVISTATORE	<input type="text"/>
G1INTN	CODICE DELL'INTERVISTATORE (vedere la "Lista Italiana degli intervistatori" per inserire il codice appropriato)	<input type="text"/>
2 G2CTRY	STATO: Italia	<input type="text" value="39"/>
3 G3REG	RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	<input type="radio"/> Nord Est <input type="radio"/> Nord-Ovest <input type="radio"/> Centro <input type="radio"/> Sud e Isole
4 G4LOCA G4NAME	TIPO DI LOCALITA': <input type="radio"/> metropolitana <input type="radio"/> urbana <input type="radio"/> rurale (G4LOCA)	<input type="text"/> Scrivere il nome del comune (G4NAME)
5 G5SITE	ZONA DI SATURAZIONE (scrivere il nome per esteso)	<input type="text"/>
6 G6ID	COD. QUESTIONARIO ASSEGNATO DALL'INTERVISTATORE (corrispondente a quello indicato nel riepilogo delle interviste del singolo intervistatore)	<input type="text"/>
7 G7DOI G7MOI G7YOI	DATA DELL'INTERVISTA: (GG / MM / AAAA)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
8 G8PRES	L'ANZIANO è presente al momento dell'intervista?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
9 G9REC G9SPEC	MODALITA' DI RECLUTAMENTO (barrare una sola modalità di reclutamento):	
	Operatori del settore sociale o sanitario (ad es. medici, assistenti sociali)	<input type="radio"/>
	Parroci/Parrocchie/Organizzazioni religiose	<input type="radio"/>
	Porta a porta	<input type="radio"/>
	Associazioni di volontariato (ad es. gruppi di supporto per assistenti familiari, ecc.)	<input type="radio"/>
	Annunci pubblicitari (ad es. giornali, volantini, manifesti)	<input type="radio"/>
	Liste (ad es. anagrafiche o elettorali)	<input type="radio"/>
	Altro, specificare <input type="text"/>	<input type="radio"/>
	A palla di neve (su indicazione di altri intervistati) (In tal caso andare alla domanda 10)	<input type="radio"/>
10 G10SBC	Se "a palla di neve" specificare da quale dei canali sopra indicati	<input type="text"/>



LA RINGRAZIAMO PER AVER ACCETTATO DI AIUTARCI NEL NOSTRO LAVORO. VORREMMO COMINCIARE CON ALCUNE DOMANDE SULLA SUA SITUAZIONE ASSISTENZIALE E SULLA PERSONA ANZIANA CHE LEI ASSISTE.

11 C11NUMEL	A quanti familiari di 65 anni o più, fornisce attualmente assistenza o supporto per più di 4 ore a settimana?	<input type="text"/>
----------------	---	----------------------

PER L'INTERVISTATORE:

Se l'assistente familiare assiste più di una persona, chiedere di rispondere alle successive domande facendo riferimento alla persona alla quale fornisce più aiuto/supporto. Se dedica le stesse ore di assistenza a ogni persona, chiedere di far riferimento solo ad una di esse.

Chiedere inoltre quale nome l'intervistato desidera utilizzare per la persona a cui presta assistenza (es. mia madre, Enrico) e utilizzare quel nome (sua madre, il Sig. Enrico) quando nel questionario appare la parola ANZIANO.

12 C12HOUR	In media, quante ore a settimana Lei dedica all'assistenza dell'ANZIANO?	<input type="text"/>
13 C13NUMO	A quante altre persone che non sono anziane (ad es. figli ecc.) Lei fornisce aiuto o supporto?	<input type="text"/>
14 C14HOURO	Nel complesso, quante ore alla settimana dedica all'assistenza di tutte le altre persone, escluso l'ANZIANO?	<input type="text"/>

15 E15RELAT	Qual è il suo rapporto di parentela CON L'ANZIANO?	Coniuge/Convivente ①	Figlia/o ②
		Sorella/Fratello ③	Nuora/Genero ④
		Zio/a ⑤	Nipote (figlio/a di fratello) ⑥
		Cugino/a ⑦	Altro (specificare) ⑧
E15SPEC	Specificazione di "Altro"	<input type="text"/>	
16 E16SEX	Qual è il sesso dell'ANZIANO?	Maschile ①	Femminile ②
17 E17AGE	Qual è l'età dell'ANZIANO?	<input type="text"/>	
18 E18NAT E18CODE	Qual è la nazionalità dell'ANZIANO?	<input type="text"/>	.ista <input type="text"/>
19 E19ETHN E19CODE	Qual è l'origine etnica dell'ANZIANO?	<input type="text"/>	.ista <input type="text"/>
20 E20MARS	Qual è lo stato civile dell'ANZIANO?	Coniugato/Convivente ① Divorziato/Separato ③	Vedovo ② Nubile/Celibe ④
21 C21COHAB	Dove vivete, Lei e l'ANZIANO?	Nella stessa casa ① In diversi appartamenti ma nello stesso palazzo ② Ad una distanza raggiungibile a piedi ③ A 10 minuti di viaggio in auto, bus o treno ④ A 30 minuti di viaggio in auto, bus o treno ⑤ A non più di 1 ora di viaggio in auto, bus o treno ⑥ Ad oltre 1 ora di viaggio in auto, bus o treno ⑦	

22 E22HOME	Dove vive solitamente L'ANZIANO?	A domicilio ①
		In casa di riposo ②
		In alloggio protetto ③
		Altro (specificare sotto) ④
E22SPEC	Specificazione di "Altro" <input type="text"/>	

23	Con chi vive l'anziano? (rispondere a tutte le domande)				
E23ALONE	Da solo	Sì ①	No ②		
E23CHILD	Con i figli	Sì ①	No ②	N/A	⑧
E23PARTN	Con il coniuge o il compagno	Sì ①	No ②	N/A	⑧
E23PAID	Con assistenti privati a pagamento (al proprio domicilio)	Sì ①	No ②	N/A	⑧
E23OTHER	Con altri (in tal caso specificare sotto)	Sì ①	No ②	N/A	⑧
E23SPEC	...specificare con chi <input type="text"/>				
24	SE L'ANZIANO NON VIVE CON L'INTERVISTATO E NON VIVE IN CASA DI RIPOSO ...				
E24NUMH	Di quante persone è composto il nucleo di convivenza dell'ANZIANO (compreso l'anziano)?				<input type="text"/>
E24NUMY	Quante di queste persone hanno 14 anni di età o meno?				<input type="text"/>

VORREMO ORA RIVOLGERE L'ATTENZIONE AI BISOGNI DI CURA E SOSTEGNO DELL'ANZIANO IN MAGGIOR DETTAGLIO

25 E25REAS1	Secondo Lei, qual è il motivo principale per cui l'ANZIANO ha bisogno di assistenza e supporto? (Per esempio, problemi nel camminare, problemi di sicurezza se lasciato solo, l'essere allettato, altri problemi, malattie o disturbi legati all'età)
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
26	Ci sono altri motivi? (elencare i quattro più importanti)
E26REAS2	<input type="text"/>
E26REAS3	<input type="text"/>
E26REAS4	<input type="text"/>
E26REAS5	<input type="text"/>

C) Lei vorrebbe che l'ANZIANO riceva maggior aiuto per la soddisfazione di questi bisogni?

B) Chi, se c'è, aiuta l'ANZIANO a soddisfare i suoi bisogni?

(Barrare tutte le caselle che interessano) ↓

A) L'ANZIANO necessita di aiuto per le seguenti sfere di bisogni (elencate sotto)? Se sì, per soddisfarli fa affidamento - o avrebbe bisogno di far affidamento - su altre persone, in tutto o in parte? (Barrare la risposta appropriata) ↓		Completamente	Parzialmente	Non ha bisogno di aiuto	Nessuno	L'assistente intervistato	Altri assistenti informali	Servizi/ organizzazioni di sostegno (pubblici, privati, volontari)	F		
									Si	No	N/A
		A			B	C	D	E	F		
27 E27A- E27F	Sanitaria / infermieristica: (es. assistenza per l'assunzione di farmaci, trattamenti medici, riabilitazione, terapia, ecc.)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	⑧
28 E28A- E28F	Fisica / Personale: (es. lavarsi, vestirsi, mangiare, andare in bagno)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	⑧
29 E29A- E29F	Mobilità: (es. Spostamenti in casa o fuori casa, trasporti, ecc.)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	⑧
30 E30A- E30F	Affettiva / Psicologica / Sociale: (es. compagnia, assicurazione)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	⑧
31 E31A- E31F	Domestica: (es. lavori domestici)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	⑧
32 E32A- E32F	Gestione degli aspetti finanziari: (es. pagamento di bollette, con denaro dell'anziano)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	⑧
33 E33A- E33F	Sostegno economico: (es. Aiuti in denaro)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	⑧
34 E34A- E34F	Organizzazione e gestione dell'assistenza: (es. contattare servizi)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	⑧

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

35 E35MEM1	L'ANZIANO ha problemi di memoria? (Per esempio, ha difficoltà a ricordare che giorno è o a riconoscere amici e vicini)	Si ①	No ②
		Completare la sezione grigia	Andare alla dom. 38
36 E36MEM2	Se Sì, il medico ha effettuato una diagnosi in merito?	Si ①	No ②
		Andare alla dom. 38	
37 E37MEM3 E37SPEC	Se 'Sì', per favore indicare se si tratta di: Specificazione di 'Altro': <input type="text"/>	Demenza ①	Altro ②
38 E38BEHP	L'ANZIANO presenta problemi di comportamento? (Come vagare per casa, ripetere continuamente ciò che ha udito, urlare senza motivo, ecc.)	Si ①	No ②

Con quale frequenza l'ANZIANO si comporta nei seguenti modi?		La gran parte del tempo	Qualche volta	Raramente	Mai
39 E39BEHP1	Vaga per casa o fuori casa o si comporta in modo pericoloso per la propria incolumità?	③	②	①	④
40 E40BEHP2	Ha difficoltà a condurre una normale conversazione, non si rende conto di avere dei problemi, non collabora con le Sue richieste?	③	②	①	④
41 E41BEHP3	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?	③	②	①	④

I PROBLEMI DELL'ANZIANO CHE LEI HA RIFERITO INDICANO CHE LUI/LEI HA BISOGNO DELLA SUA ASSISTENZA. LE SEGUENTI DOMANDE MIRANO A INDIVIDUARE IL LIVELLO DI DIPENDENZA DELL'ANZIANO E COSA CIÒ COMPORTA PER LEI IN TERMINI DI TEMPO E DI IMPEGNO.

42 E42DEP	Qual è il grado di dipendenza della persona che Lei assiste?	
	Gravemente dipendente Non è in grado di svolgere la <u>maggior parte</u> delle attività della vita quotidiana senza aiuto (es. mangiare, andare in bagno)	④
	Moderatamente dipendente È in grado di svolgere <u>alcune</u> attività fondamentali della vita quotidiana (ad esempio, fare il bagno, mangiare, vestirsi) ma non è in grado di svolgere senza aiuto <u>la maggior parte</u> delle attività strumentali della vita quotidiana (ad esempio, fare la spesa, cucinare, pulire casa)	③
	Lievemente dipendente È in grado di svolgere <u>la maggior parte</u> delle attività della vita quotidiana ma ha bisogno di aiuto con <u>alcune</u> attività strumentali (ad esempio, fare la spesa, cucinare, pulire casa)	②
	Indipendente È in grado di svolgere la <u>maggior parte</u> delle attività della vita quotidiana, ma può avere saltuariamente bisogno di qualche aiuto	①

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 ➡		Non in grado	Con un po' di aiuto		Senza aiuto	
43	E43IADL1	Lavori di casa (pulire pavimenti etc.)	⓪	①	②	
44	E44IADL2	Prepararsi da mangiare	⓪	①	②	
45	E45IADL3	Andare a far spese	⓪	①	②	
46	E46IADL4	Gestire i suoi soldi	⓪	①	②	
47	E47IADL5	Fare una telefonata	⓪	①	②	
48	E48IADL6	Prendere le sue medicine	⓪	①	②	
49	E49MOB	Camminare fuori di casa	⓪	①	②	
50	E50BAR1	Muoversi per casa	⓪	① Su una sedia a rotelle senza aiuto o camminando con un aiuto fisico consistente	② Camminando con un po' di aiuto (guidato o supervisionato)	③ Usando un ausilio assistenziale (es. bastone)
51	E51BAR2	Fare le scale	⓪	①	②	
52	E52BAR3	Spostarsi da solo dal letto alla sedia, se questi sono vicini	⓪ Non ha equilibrio sufficiente per stare seduto	① Aiuto fisico consistente (1 o 2 persone)	② Aiuto minore (verbale o fisico)	③
53	E53BAR4	Usare il gabinetto (o la comoda)	⓪	①	②	
54	E54BAR5	Farsi il bagno o la doccia	⓪	①	②	
55	E55BAR6	Avere cura del suo aspetto (pettinarsi, farsi la barba, truccarsi ecc.)	⓪	①	②	
56	E56BAR7	Vestirsi da solo	⓪	①	②	
57	E57BAR8	Mangiare da solo	⓪	①	②	
			Si, frequentemente	Si, occasionalmente	No (Continente)	
58	E58BAR9	All'ANZIANO capita di non riuscire a controllare il bisogno di urinare (incontinenza vescicale)?	⓪ Una o più volte al giorno oppure necessita di catetere	① Meno di una volta al giorno	②	
59	E57BAR10	All'ANZIANO capita di avere problemi intestinali (incontinenza fecale o necessita di clistere)?	⓪ Una o più volte la settimana oppure necessita di clistere	① Meno di una volta la settimana	②	

60-66 Pensi ora all'ultima settimana tipica in cui Lei ha fornito assistenza all'ANZIANO: quando, in tale settimana, gli/le ha fornito supporto? (Intervistatore: Barrare tutte le caselle che interessano)							
	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Mattina presto (circa dalle 5 alle 9)	C60MO1	C61TU1	C62WE1	C63TH1	C64FR1	C65SA1	C66SU1
Tarda mattinata (circa dalle 9 alle 12)	C60MO2	C61TU2	C62WE2	C63TH2	C64FR2	C65SA2	C66SU2
Pomeriggio (circa dalle 12 alle 17)	C60MO3	C61TU3	C62WE3	C63TH3	C64FR3	C65SA3	C66SU3
Sera (circa dalle 17 alle 22)	C60MO4	C61TU4	C62WE4	C63TH4	C64FR4	C65SA4	C66SU4
Notte (circa dalle 22 alle 5)	C60MO5	C61TU5	C62WE5	C63TH5	C64FR5	C65SA5	C66SU5

67 C67DURAT	Da quanto tempo Lei assiste l'ANZIANO?	Mesi: <input type="text"/>
----------------	---	----------------------------

68 C68ILL	Se Lei fosse malato, ci sarebbe qualcuno che potrebbe aiutarla nell'assistenza all'ANZIANO?	Sì, potrei trovare qualcuno abbastanza facilmente ①
		Sì, potrei trovare qualcuno ma con qualche difficoltà ②
		No, nessuno ③
69 C69BREAK	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 ①
		Sì, potrei trovare qualcuno ma con qualche difficoltà ②
		No, nessuno ③

VORREMO ORA CAPIRE IN CHE MODO IL FATTO DI ASSISTERE UN FAMILIARE ANZIANO INFLUISCE SULLA SUA VITA.

Quali fattori hanno influito sulla sua decisione di assistere l'anziano? (Barrare tutte le risposte che interessano)		SI	NO
70 C70FAC1	Il senso del dovere	①	②
71 C71FAC2	La mancanza di alternative	①	②
72 C72FAC3	Il costo dell'assistenza privata sarebbe troppo elevato	①	②
73 C73FAC4	I legami affettivi (amore, affetto)	①	②
74 C74FAC5	Prendermi cura dell'ANZIANO mi fa sentire bene	①	②
75 C75FAC6	L'ANZIANO non vorrebbe che altri si prendano cura di lui/lei	①	②
76 C76FAC7	Le mie convinzioni religiose	①	②
77 C77FAC8	Mi sono ritrovato in questa situazione quasi per caso, senza aver preso una decisione	①	②
78 C78FAC9	I benefici economici per me e/o per l'ANZIANO	①	②
79 C79FAC10	Un sentimento personale di obbligazione verso l'ANZIANO come familiare	①	②
80 C80FAC11	Altro (specificare sotto)	①	②
C80SPEC	Specificazione di "Altro": <input type="text"/>		
81 C81PRINC	Qual è il motivo principale per cui Lei assiste l'anziano tra quelli elencati sopra? PER L' INTERVISTATORE: inserire nella casella il numero della domanda corrispondente al motivo principale 	<input type="text"/>	

Le prossime domande si riferiscono all'aiuto che è disponibile per Lei in quanto familiare che assiste		Sempre	Spesso	A volte	Mai	N/A
82 C82COP1	Riesce a svolgere in modo soddisfacente il Suo ruolo di assistente?	④	③	②	①	<input type="checkbox"/>
83 C83COP2	Trova che assistere sia troppo impegnativo?	①	②	③	④	<input type="checkbox"/>
84 C84COP3	Assistere Le crea qualche difficoltà nei rapporti con i Suoi amici?	①	②	③	④	⑧
85 C85COP4	Fornire assistenza ha un effetto negativo sul Suo stato di salute fisica?	①	②	③	④	<input type="checkbox"/>
86 C86COP5	Assistere Le crea delle difficoltà nei rapporti con la Sua famiglia?	①	②	③	④	⑧
87 C87COP6	Fornire assistenza Le causa difficoltà finanziarie?	①	②	③	④	<input type="checkbox"/>
88 C88COP7	Si sente "intrappolato" nel Suo ruolo di assistente?	①	②	③	④	<input type="checkbox"/>
89 C89COP8	Si sente adeguatamente sostenuto dai Suoi amici e/o vicini di casa?	④	③	②	①	⑧
90 C90COP9	Trova che valga la pena fornire assistenza?	④	③	②	①	<input type="checkbox"/>
91 C91COP10	Si sente adeguatamente sostenuto dalla Sua famiglia?	④	③	②	①	⑧
92 C92COP11	Ha un buon rapporto con la persona che assiste?	④	③	②	①	<input type="checkbox"/>
93 C93COP12	Si sente adeguatamente sostenuto dai servizi sanitari e sociali (pubblici, privati o volontari)?	④	③	②	①	⑧
94 C94COP13	Ritiene di essere apprezzato per il fatto che Lei assiste?	④	③	②	①	<input type="checkbox"/>
95 C95COP14	Fornire assistenza ha un effetto negativo sul Suo equilibrio emotivo?	①	②	③	④	<input type="checkbox"/>
96 C96COP15	Nell'insieme, si sente adeguatamente sostenuto nel Suo ruolo di assistente?	④	③	②	①	<input type="checkbox"/>

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

97 C97QOL1	In generale, come giudica la sua salute:							
	Eccellente	Molto buona	Buona	Discreta	Cattiva			
	①	②	③	④	⑤			
	Nelle ultime due settimane ...		Sempre	La maggior parte del tempo	Più della metà del tempo	Meno della metà del tempo	Qualche volta	Mai
98 C98QOL2	Mi sono sentito allegro e di buonumore		⑤	④	③	②	①	①
99 C99QOL3	Mi sono sentito tranquillo e rilassato		⑤	④	③	②	①	①
100 C100QOL4	Mi sono sentito attivo e pieno di energie		⑤	④	③	②	①	①
101 C101QOL5	Mi sono svegliato fresco e riposato		⑤	④	③	②	①	①
102 C102QOL6	La mia vita quotidiana è stata ricca di cose che mi interessano		⑤	④	③	②	①	①
103 C103QOL7	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			
	⑤	④	③	②	①			

VORREMMO SAPERE DI QUALI SERVIZI O ORGANIZZAZIONI DI SOSTEGNO AVETE USUFRUITO LEI E L'ANZIANO E SE QUESTI HANNO SODDISFATTO I VOSTRI BISOGNI.

	A. Iniziamo con l'Anziano Quali servizi l'ANZIANO (e Lei) avete utilizzato negli ultimi 6 mesi?			B. Il servizio ha soddisfatto i bisogni dell'ANZIANO/Suoi?		C. Lei o l'ANZIANO pagate questo servizio quando lo utilizzate?	
	SERVIZI INTERVISTATORE: Fare riferimento alla lista nazionale dei servizi			In gran parte Sì	In gran parte No	Sì	No
	Nome del Servizio	A. (Numero dalla lista dei servizi)	B		C		
104 SE104NAM SE104A- SE104G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
105 SE105NAM SE105A- SE105G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
106 SE106NAM SE106A- SE106G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
107 SE107NAM SE107A- SE107G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
108 SE108NAM SE108A- SE108G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
109 SE109NAM SE109A- SE109G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
110 SE110NAM SE110A- SE110G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
111 SE111NAM SE111A- SE111G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
112 SE112NAM SE112A- SE112G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
113 SC113NAM SC113A- SC113G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
114 SC114NAM SC114A- SC114G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
115 SC115NAM SC115A- SC115G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
116 SC116NAM SC116A- SC116G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
117 SC117NAM SC117A- SC117G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
118 SC118NAM SC118A- SC118G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

D e E. SE Lei/l'ANZIANO paga per il servizio, quanto costa? Una unità è la misura con cui l'assistente o l'ANZIANO usano il servizio (es. a visita, all'ora, alla settimana)		F. Con che frequenza l'ANZIANO/Lei usa questo servizio? (es. quotidianamente, una volta la settimana; due volte all'anno)	G. Quante unità di questo servizio avete ricevuto negli ultimi 6 mesi?	
Costo	Unità	Frequenza	Numero	
D	E	F	G	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	104
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	105
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	106
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	107
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	108
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	109
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	110
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	111
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	112
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	113
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	114
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	115
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	116
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	117
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	118
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

119	Ci sono dei servizi che Lei o l'ANZIANO avete smesso di utilizzare ma di cui avreste ancora bisogno?		
S119STOP	Sì ^① (rispondere alle domande nella zona grigia)		No ^② Andare alla dom. 120
S119SER1 S119SER2 S119SER3	Se sì, quali? (Intervistatore: riportare i 3 più importanti, da scegliere tra quelli elencati dalla lista di servizi)		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Se sì, perché avete smesso di utilizzare questi servizi? Barrare tutte le caselle che interessano		
	↘	Servizio 1	Servizio 2
		Servizio 3	
S119EXP1- S119EXP3	Troppo costoso	<input type="radio"/> S119EXP1	<input type="radio"/> S119EXP2
S119DIS1- S119DIS3	Troppo distante	<input type="radio"/> S119DIS1	<input type="radio"/> S119DIS2
S119QUA1 - S119QUA3	Bassa qualità del servizio	<input type="radio"/> S119QUA1	<input type="radio"/> S119QUA2
S119AV1- S119AV3	Non più disponibile	<input type="radio"/> S119AV1	<input type="radio"/> S119AV2
S119ENT1- S119ENT3	Perdita dei requisiti per utilizzarlo	<input type="radio"/> S119ENT1	<input type="radio"/> S119ENT2
S119OTH	Altro (specificare)	<input type="text"/>	

120	Ci sono dei servizi che Lei o l'ANZIANO non avete mai utilizzato finora ma dei quali avreste bisogno?		
S120NOUS	Sì ^① (rispondere alle domande nella zona grigia)		No ^② Andare alla dom. 121
S120SER1 S120SER2 S120SER3	Se sì, quali? (Intervistatore: riportare i 3 più importanti, da scegliere tra quelli elencati dalla lista di servizi)		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Se sì, perché non avete mai utilizzato questi servizi finora? Barrare tutte le caselle che interessano		
	↘	Servizio 1	Servizio 2
		Servizio 3	
S120EXP1- S120EXP3	Troppo costoso	<input type="radio"/> S120EXP1	<input type="radio"/> S120EXP2
S120DIS1- S120DIS3	Troppo distante	<input type="radio"/> S120DIS1	<input type="radio"/> S120DIS2
S120QUA1 - S120QUA3	Bassa qualità del servizio	<input type="radio"/> S120QUA1	<input type="radio"/> S120QUA2
S120KNO1- S120KNO3	Non sapevo che esistesse	<input type="radio"/> S120KNO1	<input type="radio"/> S120KNO2
S120ENT1- S120ENT3	Mancanza dei requisiti per utilizzarlo	<input type="radio"/> S120ENT1	<input type="radio"/> S120ENT2
S120OTH	Altro (specificare)	<input type="text"/>	

121	<u>SOLO PER COLORO CHE NON UTILIZZANO ALCUN SERVIZIO</u>	
	Per quali motivi Lei e l'ANZIANO non utilizzate alcun servizio? Elencare i tre motivi più importanti.	
S121REA1		
S121REA2		
S121REA1		

122	<u>PORRE A TUTTI I PARTECIPANTI LE SEGUENTI DOMANDE</u>	
	Nella sua esperienza come assistente, chi o cosa ritiene le sia stato di maggiore aiuto per accedere ai servizi o ottenere supporto? (Elencare i tre più importanti)	
S122HEL1		
S122HEL2		
S122HEL3		

123	Nella sua esperienza come assistente, chi o cosa ritiene sia stato di maggiore ostacolo nell'accesso ai servizi o per ottenere supporto? (Elencare i tre più importanti)	
S123DIF1		
S123DIF2		
S123DIF3		

124	L'attività assistenziale le ha procurato delle spese aggiuntive? Quali tra le seguenti?				
F124ADAP	Adattamento degli ambienti domestici e/o del mobilio	Si	①	No	①
F124TRAV	Spese di trasporto	Si	①	No	①
F124FOOD	Cibi speciali	Si	①	No	①
F124MED	Farmaci	Si	①	No	①
F124OTHE	Altro (specificare sotto)	Si	①	No	①
F124SPEC	Specificazione di "Altro": <input type="text"/>				

Indipendentemente dal supporto che Lei attualmente riceve o non riceve, vorremmo sapere quali tipi di supporto ritiene importanti per sé e per l'ANZIANO, e se attualmente li riceve.						B. Attualmente lo riceve? ↓	
A. Quanto è importante un supporto che le fornisca...		Molto importante	Abbastanza importante	Non importante	N/A	In gran parte no	In gran parte sì
		A				B	
125 S125IMPA S125IMPB	Informazioni sui tipi di aiuto e supporto disponibili, e su come accedervi	②	①	①	X	①	①
126 S126IMPA S126IMPB	Informazioni sulle malattie di cui soffre l'ANZIANO	②	①	①	X	①	①
127 S127IMPA S127IMPB	Formazione per aiutarla a sviluppare le abilità che le servono per assistere	②	①	①	X	①	①
128 S128IMPA S128IMPB	Opportunità di partecipare ad attività al di fuori dell'assistenza	②	①	①	X	①	①
129 S129IMPA S129IMPB	Possibilità di fare una vacanza o di avere una pausa dall'assistenza	②	①	①	X	①	①
130 S130IMPA S130IMPB	Opportunità per l'ANZIANO di intraprendere attività che lo divertano	②	①	①	X	①	①
131 S131IMPA S131IMPB	Aiuto nel pianificare l'assistenza futura	②	①	①	X	①	①
132 S132IMPA S132IMPB	Possibilità di conciliare l'assistenza con il lavoro retribuito	②	①	①	⑧	①	①
133 S133IMPA S133IMPB	Opportunità di parlare dei Suoi problemi nell'assistere l'anziano	②	①	①	X	①	①
134 S134IMPA S134IMPB	Possibilità di partecipare ad un gruppo di supporto per assistenti familiari di anziani	②	①	①	X	①	①
135 S135IMPA S135IMPB	Più denaro per comprare le cose di cui ha bisogno per fornire un'assistenza adeguata	②	①	①	X	①	①
136 S136IMPA S136IMPB	Opportunità di passare più tempo con la Sua famiglia	②	①	①	⑧	①	①
137 S137IMPA S137IMPB	Aiuto nel gestire le incomprensioni e i conflitti familiari	②	①	①	⑧	①	①
138 S138IMPA S138IMPB	Aiuto per rendere l'ambiente abitativo dell'ANZIANO più adatto all'assistenza	②	①	①	X	①	①

139 S139IMP1	Tra i tipi di supporto che ha indicato come "molto importanti" quale giudica il più importante di tutti?	Domanda numero:	<input type="text"/>
140 S140IMP2	Qual è il secondo in ordine di importanza?	Domanda numero:	<input type="text"/>
141 S141IMP3	Qual è il terzo in ordine di importanza?	Domanda numero:	<input type="text"/>

Indipendentemente dal supporto che Lei attualmente riceve o non riceve, vorremmo sapere quali sono le caratteristiche che Lei giudica importanti in un servizio.				B. Questo è attualmente soddisfatto dai servizi che riceve? ↓			
A. Quanto è importante per Lei:		Molto importante	Abbastanza importante	Non importante	In gran parte no	In gran parte sì	N/A
		A			B		
142 S142CHAA S142CHAB	Che l'aiuto sia disponibile nel momento in cui Lei ne ha più bisogno	②	①	①	①	①	⑧
143 S143CHAA S143CHAB	Che l'aiuto fornito si adatti bene ai Suoi orari e alle Sue abitudini	②	①	①	①	①	⑧
144 S144CHAA S144CHAB	Che l'aiuto arrivi quando è stato promesso	②	①	①	①	①	⑧
145 S145CHAA S145CHAB	Che gli addetti all'assistenza abbiano le capacità e la preparazione necessarie	②	①	①	①	①	⑧
146 S146CHAA S146CHAB	Che gli addetti all'assistenza trattino l'ANZIANO con dignità e rispetto	②	①	①	①	①	⑧
147 S147CHAA S147CHAB	Che gli addetti all'assistenza trattino Lei con dignità e rispetto	②	①	①	①	①	⑧
148 S148CHAA S148CHAB	Che il Suo punto di vista e le Sue opinioni siano ascoltate	②	①	①	①	①	⑧
149 S149CHAA S149CHAB	Che l'aiuto fornito migliori la qualità di vita dell'ANZIANO	②	①	①	①	①	⑧
150 S150CHAA S150CHAB	Che l'aiuto fornito migliori la Sua qualità di vita	②	①	①	①	①	⑧
151 S151CHAA S151CHAB	Che l'aiuto fornito non sia troppo costoso	②	①	①	①	①	⑧
152 S152CHAA S152CHAB	Che l'aiuto sia sempre fornito dallo stesso addetto	②	①	①	①	①	⑧
153 S153CHAA S153CHAB	Che l'aiuto consideri sia i Suoi bisogni, sia quelli dell'ANZIANO	②	①	①	①	①	⑧

154 S154IMP1	Tra le caratteristiche che ha indicato come "molto importanti" quale giudica la più importante di tutte?	Domanda numero:	<input type="text"/>
155 S155IMP2	Qual è la seconda in ordine di importanza?	Domanda numero:	<input type="text"/>
156 S156IMP3	Qual è la terza in ordine di importanza?	Domanda numero:	<input type="text"/>

VORREMO ORA PORLE QUALCHE DOMANDA SULL'ASSISTENZA ALL'ANZIANO IN FUTURO

157 C157FUT1	L'anno prossimo, sarebbe disposto a continuare ad assistere l'ANZIANO?	
	Si, e sarei anche disposto ad incrementare la quantità di cure	①
	Si, e sarei anche disposto ad incrementare la quantità di cure che presto, per un periodo limitato di tempo	②
	Si, se la situazione rimanesse stabile	③
	Si, ma solo se avessi più sostegno (dai servizi, dalla famiglia, dagli amici, ecc.)	④
	No, indipendentemente dal maggiore aiuto che avessi	⑤
158 C158FUT2	Sarebbe disposto a prendere in considerazione il ricovero dell'ANZIANO in casa di riposo?	
	No, in nessun caso	①
	Si, ma solo se le condizioni dell'ANZIANO peggiorassero	②
	Si, anche se le condizioni dell'ANZIANO rimanessero stabili	③

VORREMO ORA PORLE ALCUNE DOMANDE SU DI LEI, SUL SUO RUOLO, SULLE SUE RESPONSABILITÀ E SU COME L'ATTIVITÀ DI ASSISTENZA HA INFLUITO SULLA SUA VITA.

160 C160AGE	Qual è la sua età?		<input type="text"/>
161 C161SEX	Sesso	Maschile ①	Femminile ②
162 C162NAT C162CODE	Qual è la sua nazionalità?	<input type="text"/>	Lista: <input type="text"/>
163 C163ETHN C163CODE	Qual è la sua origine etnica?	<input type="text"/>	Lista: <input type="text"/>
164 C164MARS	Qual è il suo stato civile?	Coniugato/Convivente ①	Vedovo ②
		Divorziato/Separato ③	Nubile/Celibe ④
165 C165RELI	Appartiene a qualche confessione religiosa?	Sì ①	No ② Andare alla domanda 166
C165SPEC C165CODE	Se Sì, specificare quale?	<input type="text"/>	Lista: <input type="text"/>
166 C166RELI	Lei ritiene di essere...		Non religioso ①
			Abbastanza religioso ②
			Molto religioso ③
167 C168KID	Ha figli?	Sì ①	No ②
168 C168KIDN	Se sì, quanti?		<input type="text"/>
169 C169GRAN	Ha dei nipoti (figli dei figli)?	Sì ①	No ②

170 C170NUMH	Di quante persone è composto il suo nucleo familiare di convivenza, compreso Lei?	<input type="text"/>
-----------------	--	----------------------

171 C171NUMY	Quante di queste persone hanno 14 anni di età o meno?	<input type="text"/>
172 C172EDU1	Qual è il suo titolo di studio?	Non ha completato la scuola elementare ① Scuola superiore ④ Scuola elementare ② Università o studi post-universitari ⑤ Scuola media ③
173 C173EDU2	Lei sta attualmente studiando (con regolare iscrizione ad un corso di formazione, istruzione etc.)?	Sì ① No ② Andare alla domanda 175
174 C174HOUR	Se Sì, quante ore alla settimana dedica a tale attività di studio?	<input type="text"/>

175 C175EMPL C175HOUR	Lei sta attualmente lavorando?	Sì ① (rispondere alle domande nella sezione grigia) No ② Andare alla domanda 179
	Quante ore lavora in una settimana tipo?	<input type="text"/>
176 C176TYPE	Se Lei lavora, Lei è...?	Lavoratore dipendente nel settore privato ① Lavoratore dipendente nel settore pubblico ② Lavoratore autonomo ③ Altro, per favore specificare ④
C176SPEC	Specificazione di "Altro"	<input type="text"/>
177 C177WORK C177CODE	Che tipo di lavoro svolge?	<input type="text"/> List:a <input type="text"/>
178 C178WOR1	Il fatto di assistere l'ANZIANO l'ha spinto a ridurre il Suo orario di lavoro?	Sì ① No ② In tal caso andare alla dom. 181
C178HOUR	Se sì, di quante ore alla settimana?	<input type="text"/>
C178INC	Qual è stata la variazione del suo reddito da lavoro al mese	<input type="text"/>
C178PONE	Segno della variazione	Positivo ① Negativo ②

CHIEDERE DOMANDE 179 & 180 SOLO A CHI NON LAVORA		
179 C179TYPE	Se non lavora, Lei è ...?	Pensionato ① Non occupato e in cerca di lavoro ② In attesa/congedo per motivi di salute ma intenzionato a tornare a lavorare ③ Casalinga/Casalingo ④ Altro,... ⑤ ...specificare <input type="text"/> C179SPEC
180	Se Lei non lavora. L'attività di assistenza ha determinato alcune delle seguenti restrizioni alla Sua vita lavorativa o alla Sua carriera?	
C180WOR1	Non mi consente di lavorare	Sì ① No ②
C180WOR2	Ho dovuto smettere di lavorare	Sì ① No ②
C180HOUR	Se ha dovuto smettere di lavorare, quante ore a settimana lavorava prima di smettere?	<input type="text"/>

181	CHIEDERE A TUTTI L'attività di assistenza ha determinato alcune delle seguenti restrizioni alla Sua vita lavorativa o alla Sua carriera?		
C181WOR1	Non posso (o non ho potuto) sviluppare la mia carriera professionale o i miei studi	Sì ①	No ②
C181WOR2	Posso (o ho potuto) lavorare solo saltuariamente	Sì ①	No ②
C181WOR3	Altro (specificare sotto)	Sì ①	No ②
C181SPEC	Specificazione di "Altro": <input type="text"/>		

182 F182CINC	Considerando tutte le fonti di reddito, qual è il Suo reddito familiare netto al mese? Se non sa la cifra esatta, per favore fornisca un'approssimazione.		
REDDITO NETTO SIGNIFICA			
Importo ricevuto al netto delle tasse e dei contributi previdenziali e assicurativi. Se il reddito varia tra i mesi, per favore fornisca una media.			
F182CINC F182CAM	Il mio reddito familiare netto mensile è: ① <input type="text"/>	F182CAM	→ Andare alla domanda 184
	Non so ②	→ Andare alla domanda 183	
	Rifiuta di rispondere ③	→ Andare alla domanda 183	
183 F183BAND	Se con esattezza non lo conosce, forse può indicare la fascia di reddito che include il Suo reddito familiare netto mensile, scegliendo tra le seguenti:		
	Euro 0-700 ①	1601-1800 ⑥	
	701-900 ②	1801-2200 ⑦	
	901-1100 ③	2201-2600 ⑧	
	1101-1300 ④	2601-3200 ⑨	
	1301-1600 ⑤	Più di 3200 ⑩	
	Rifiuta di rispondere ③ ③		

LE DOMANDE 184 E 185 VANNO COMPILATE SOLO SE L'ANZIANO NON VIVE CON L'ASSISTENTE

184	Considerando tutte le fonti di reddito, qual è il reddito familiare netto al mese dell'ANZIANO? Se non sa la cifra esatta, per favore fornisca un'approssimazione.		
F184EINC F184EAM	Il reddito familiare netto mensile dell'anziano è: ① <input type="text"/>	F184EAM	→ Andare alla domanda 186
	Non so ②	→ Andare alla domanda 185	
	Rifiuta di rispondere ③	→ Andare alla domanda 185	
185 F185BAND	Se con esattezza non lo conosce, forse può indicare la fascia di reddito che include il reddito familiare netto mensile dell'ANZIANO, tra le seguenti:		
	Euro 0-350 ①	1301-1600 ⑦	
	351-700 ②	1601-1800 ⑧	
	701-800 ③	1801-2200 ⑨	
	801-900 ④	2201-2600 ⑩	
	901-1100 ⑤	2601-3200 ⑪	
	1101-1300 ⑥	Più di 3200 ⑫	
	Rifiuta di rispondere ③ ③		

186 F186ESUP	L'ANZIANO riceve sussidi economici, pensioni o assegni dallo Stato?	Sì ①	No ②
-----------------	--	------	------

	Lei o l'anziano ricevete alcuno dei sussidi economici, pensioni o assegni, tra quelli elencati nella lista? A	ANZIANO		ASSISTENTE	
		Sì	No	Sì	No
		E		C	
187 F187SUPA F187SUPE F187SUPC	<input type="text"/>	①	②	①	②
188 F188SUPA F188SUPE F188SUPC	<input type="text"/>	①	②	①	②
189 F189SUPA F189SUPE F189SUPC	<input type="text"/>	①	②	①	②
190 F190SUPA F190SUPE F190SUPC	<input type="text"/>	①	②	①	②
191 F191SUPA F191SUPE F191SUPC	<input type="text"/>	①	②	①	②
192 F192TOTE F192TOTC	Totale dei sussidi economici ricevuti	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
193 F193TIME F193TIMC	Con che cadenza riceve tali aiuti economici? (Barrare l'intervallo di tempo appropriato)	Settimana ①		Settimana ①	
		Mese ②		Mese ②	
		Anno ③		Anno ③	