

# EUROFAMCARE

## Questionario

|                              |  |   |
|------------------------------|--|---|
| 1<br>G1NAME                  | <b>COGNOME E NOME DELL'INTERVISTATORE</b>  | <input type="text"/>  |
| G1INTN                       | <b>CODICE DELL'INTERVISTATORE</b> (vedere la "Lista Italiana degli intervistatori" per inserire il codice appropriato)                                 | <input type="text"/>  |
| 2<br>G2CTRY                  | <b>STATO: Italia</b>   | <input type="text" value="39"/>   |
| 3<br>G3REG                   | <b>RIPARTIZIONE GEOGRAFICA</b>   | <input type="radio"/> Nord Est<br><input type="radio"/> Nord-Ovest<br><input type="radio"/> Centro<br><input type="radio"/> Sud e Isole |
| 4<br>G4LOCA<br>G4NAME        | <b>TIPO DI LOCALITA':</b> <input type="radio"/> metropolitana <input type="radio"/> urbana <input type="radio"/> rurale<br>(G4LOCA)                    | <input type="text"/><br>Scrivere il nome del comune (G4NAME)  |
| 5<br>G5SITE                  | <b>ZONA DI SATURAZIONE</b> (scrivere il nome per esteso)   | <input type="text"/>  |
| 6<br>G6ID                    | <b>COD. QUESTIONARIO ASSEGNATO DALL'INTERVISTATORE</b><br>(corrispondente a quello indicato nel riepilogo delle interviste del singolo intervistatore) | <input type="text"/>  |
| 7<br>G7DOI<br>G7MOI<br>G7YOI | <b>DATA DELL'INTERVISTA: (GG / MM / AAAA)</b>  | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>  |
| 8<br>G8PRES                  | <b>L'ANZIANO è presente al momento dell'intervista?</b>  | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>   |
| 9<br>G9REC<br>G9SPEC         | <b>MODALITA' DI RECLUTAMENTO</b> (barrare una sola modalità di reclutamento):  |   |
|                              | <b>Operatori del settore sociale o sanitario</b> (ad es. medici, assistenti sociali)   | <input type="radio"/>   |
|                              | <b>Parroci/Parrocchie/Organizzazioni religiose</b>   | <input type="radio"/>   |
|                              | <b>Porta a porta</b>   | <input type="radio"/>   |
|                              | <b>Associazioni di volontariato</b> (ad es. gruppi di supporto per assistenti familiari, ecc.)   | <input type="radio"/>   |
|                              | <b>Annunci pubblicitari</b> (ad es. giornali, volantini, manifesti)  | <input type="radio"/>   |
|                              | <b>Liste</b> (ad es. anagrafiche o elettorali)   | <input type="radio"/>   |
|                              | <b>Altro, specificare</b> <input type="text"/>   | <input type="radio"/>   |
|                              | <b>A palla di neve</b> (su indicazione di altri intervistati)<br>(In tal caso andare alla domanda 10)  | <input type="radio"/>   |
| 10<br>G10SBC                 | <b>Se "a palla di neve" specificare da quale dei canali sopra indicati</b>   | <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<br>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<br>C12HOUR  | In media, quante ore a settimana Lei dedica all'assistenza dell'ANZIANO?                                     | <input type="text"/> |
| 13<br>C13NUMO  | A quante altre persone che non sono anziane (ad es. figli ecc.) Lei fornisce aiuto o supporto?               | <input type="text"/> |
| 14<br>C14HOURO | Nel complesso, quante ore alla settimana dedica all'assistenza di tutte le altre persone, escluso l'ANZIANO? | <input type="text"/> |

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

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

|          |   |      |      |     |                      |
|----------|---|------|------|-----|----------------------|
| 23       | <b>Con chi vive l'anziano? (rispondere a tutte le domande)</b>                          |      |      |     |                      |
| 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       | <b>SE L'ANZIANO NON VIVE CON L'INTERVISTATO E NON VIVE IN CASA DI RIPOSO ...</b>        |      |      |     |                      |
| 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<br>E25REAS1 | <b>Secondo Lei, qual è il motivo principale per cui l'ANZIANO ha bisogno di assistenza e supporto?</b> (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             | <b>Ci sono altri motivi?</b> (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)?<br>Se sì, per soddisfarli fa affidamento - o avrebbe bisogno di far affidamento - su altre persone, in tutto o in parte?<br>(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<br>E27A-<br>E27F  | <b>Sanitaria / infermieristica:</b><br>(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<br>E28A-<br>E28F  | <b>Fisica / Personale:</b><br>(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<br>E29A-<br>E29F  | <b>Mobilità:</b><br>(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<br>E30A-<br>E30F  | <b>Affettiva / Psicologica / Sociale:</b><br>(es. compagnia, assicurazione)  | ②             | ①            | ①                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>  | ①  | ①  | ⑧   |
| 31<br>E31A-<br>E31F  | <b>Domestica:</b><br>(es. lavori domestici)  | ②             | ①            | ①                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>  | ①  | ①  | ⑧   |
| 32<br>E32A-<br>E32F  | <b>Gestione degli aspetti finanziari:</b><br>(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<br>E33A-<br>E33F  | <b>Sostegno economico:</b><br>(es. Aiuti in denaro)  | ②             | ①            | ①                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>  | ①  | ①  | ⑧   |
| 34<br>E34A-<br>E34F  | <b>Organizzazione e gestione dell'assistenza:</b><br>(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<br>E35MEM1            | <b>L'ANZIANO ha problemi di memoria?</b><br>(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<br>E36MEM2            | <b>Se Sì, il medico ha effettuato una diagnosi in merito?</b>  | Si ①                         | No ②                |
|                          |  |                              | Andare alla dom. 38 |
| 37<br>E37MEM3<br>E37SPEC | <b>Se 'Sì', per favore indicare se si tratta di:</b><br><br>Specificazione di 'Altro': <input type="text"/>  | Demenza ①                    | Altro ②             |
| 38<br>E38BEHP            | <b>L'ANZIANO presenta problemi di comportamento?</b><br>(Come vagare per casa, ripetere continuamente ciò che ha udito, urlare senza motivo, ecc.) | Si ①                         | No ②                |

| <b>Con quale frequenza l'ANZIANO si comporta nei seguenti modi?</b> |  | <b>La gran parte del tempo</b> | <b>Qualche volta</b> | <b>Raramente</b> | <b>Mai</b> |
|---|--|--------------------------------|----------------------|------------------|------------|
| 39<br>E39BEHP1  | Vaga per casa o fuori casa o si comporta in modo pericoloso per la propria incolumità?   | ③                              | ②                    | ①                | ④          |
| 40<br>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<br>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<br>E42DEP | <b>Qual è il grado di dipendenza della persona che Lei assiste?</b>   |   |
|              | <b>Gravemente dipendente</b><br>Non è in grado di svolgere la <u>maggior parte</u> delle attività della vita quotidiana senza aiuto (es. mangiare, andare in bagno)   | ④ |
|              | <b>Moderatamente dipendente</b><br>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 |
|              | <b>Lievemente dipendente</b><br>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 |
|              | <b>Indipendente</b><br>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.)   | ①   | ①   | ②   |
| 44                                | E44IADL2 | Prepararsi da mangiare   | ①   | ①   | ②   |
| 45                                | E45IADL3 | Andare a far spese   | ①   | ①   | ②   |
| 46                                | E46IADL4 | Gestire i suoi soldi   | ①   | ①   | ②   |
| 47                                | E47IADL5 | Fare una telefonata  | ①   | ①   | ②   |
| 48                                | E48IADL6 | Prendere le sue medicine   | ①   | ①   | ②   |
| 49                                | E49MOB   | Camminare fuori di casa  | ①   | ①   | ②   |
| 50                                | E50BAR1  | Muoversi per casa  | ①   | ①   | ②   |
|                                   |          |  | Su una sedia a rotelle senza aiuto o camminando con un aiuto fisico consistente | Camminando con un po' di aiuto (guidato o supervisionato) | Usando un ausilio assistenziale (es. bastone) |
| 51                                | E51BAR2  | Fare le scale  | ①   | ①   | ②   |
| 52                                | E52BAR3  | Spostarsi da solo dal letto alla sedia, se questi sono vicini                                    | ①   | ①   | ②   |
|                                   |          | Non ha equilibrio sufficiente per stare seduto   | Aiuto fisico consistente (1 o 2 persone)  | Aiuto minore (verbale o fisico)                           |   |
| 53                                | E53BAR4  | Usare il gabinetto (o la comoda)   | ①   | ①   | ②   |
| 54                                | E54BAR5  | Farsi il bagno o la doccia   | ①   | ①   | ②   |
| 55                                | E55BAR6  | Avere cura del suo aspetto (pettinarsi, farsi la barba, truccarsi ecc.)                          | ①   | ①   | ②   |
| 56                                | E56BAR7  | Vestirsi da solo   | ①   | ①   | ②   |
| 57                                | E57BAR8  | Mangiare da solo   | ①   | ①   | ②   |
|                                   |          |  | <b>Sì, frequentemente</b>   | <b>Sì, occasionalmente</b>                                | <b>No (Continente)</b>                        |
| 58                                | E58BAR9  | All'ANZIANO capita di non riuscire a controllare il bisogno di urinare (incontinenza vescicale)? | ①   | ①   | ②   |
|                                   |          |  | Una o più volte al giorno oppure necessita di catetere                          | Meno di una volta al giorno                               |   |
| 59                                | E57BAR10 | All'ANZIANO capita di avere problemi intestinali (incontinenza fecale o necessita di clistere)?  | ①   | ①   | ②   |
|                                   |          |  | Una o più volte la settimana oppure necessita di clistere                       | Meno di una volta la settimana                            |   |

| 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?<br>(Intervistatore: Barrare tutte le caselle che interessano) |        |         |           |         |         |        |          |
|--|--------|---------|-----------|---------|---------|--------|----------|
|  | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì | Sabato | Domenica |
| <b>Mattina presto</b><br>(circa dalle 5 alle 9)  | C60MO1 | C61TU1  | C62WE1    | C63TH1  | C64FR1  | C65SA1 | C66SU1   |
| <b>Tarda mattinata</b><br>(circa dalle 9 alle 12)  | C60MO2 | C61TU2  | C62WE2    | C63TH2  | C64FR2  | C65SA2 | C66SU2   |
| <b>Pomeriggio</b><br>(circa dalle 12 alle 17)  | C60MO3 | C61TU3  | C62WE3    | C63TH3  | C64FR3  | C65SA3 | C66SU3   |
| <b>Sera</b><br>(circa dalle 17 alle 22)  | C60MO4 | C61TU4  | C62WE4    | C63TH4  | C64FR4  | C65SA4 | C66SU4   |
| <b>Notte</b><br>(circa dalle 22 alle 5)  | C60MO5 | C61TU5  | C62WE5    | C63TH5  | C64FR5  | C65SA5 | C66SU5   |

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

|                |  |   |
|----------------|--|---|
| 68<br>C68ILL   | <b>Se Lei fosse malato, ci sarebbe qualcuno che potrebbe aiutarla nell'assistenza all'ANZIANO?</b>                           | Sì, potrei trovare qualcuno abbastanza facilmente ①     |
|                |  | Sì, potrei trovare qualcuno ma con qualche difficoltà ② |
|                |  | No, nessuno ③   |
| 69<br>C69BREAK | <b>Se Lei avesse bisogno di una pausa dall'assistenza, ci sarebbe qualcuno che potrebbe badare all'ANZIANO al suo posto?</b> | Sì, potrei trovare qualcuno abbastanza facilmente ①     |
|                |  | Sì, potrei trovare qualcuno ma con qualche difficoltà ② |
|                |  | No, nessuno ③   |

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

| <b>Quali fattori hanno influito sulla sua decisione di assistere l'anziano?</b><br>(Barrare tutte le risposte che interessano) |  | <b>SI</b>            | <b>NO</b> |
|--|--|----------------------|-----------|
| 70<br>C70FAC1  | Il senso del dovere  | ①                    | ②         |
| 71<br>C71FAC2  | La mancanza di alternative   | ①                    | ②         |
| 72<br>C72FAC3  | Il costo dell'assistenza privata sarebbe troppo elevato  | ①                    | ②         |
| 73<br>C73FAC4  | I legami affettivi (amore, affetto)  | ①                    | ②         |
| 74<br>C74FAC5  | Prendermi cura dell'ANZIANO mi fa sentire bene   | ①                    | ②         |
| 75<br>C75FAC6  | L'ANZIANO non vorrebbe che altri si prendano cura di lui/lei   | ①                    | ②         |
| 76<br>C76FAC7  | Le mie convinzioni religiose   | ①                    | ②         |
| 77<br>C77FAC8  | Mi sono ritrovato in questa situazione quasi per caso, senza aver preso una decisione  | ①                    | ②         |
| 78<br>C78FAC9  | I benefici economici per me e/o per l'ANZIANO  | ①                    | ②         |
| 79<br>C79FAC10   | Un sentimento personale di obbligazione verso l'ANZIANO come familiare   | ①                    | ②         |
| 80<br>C80FAC11   | Altro (specificare sotto)  | ①                    | ②         |
| C80SPEC  | Specificazione di "Altro": <input type="text"/>  |                      |           |
| 81<br>C81PRINC   | <b>Qual è il motivo principale per cui Lei assiste l'anziano tra quelli elencati sopra?</b><br>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<br>C82COP1  | Riesce a svolgere in modo soddisfacente il Suo ruolo di assistente?                              | ④      | ③      | ②       | ①   | ✕   |
| 83<br>C83COP2  | Trova che assistere sia troppo impegnativo?  | ①      | ②      | ③       | ④   | ✕   |
| 84<br>C84COP3  | Assistere Le crea qualche difficoltà nei rapporti con i Suoi amici?                              | ①      | ②      | ③       | ④   | ⑧   |
| 85<br>C85COP4  | Fornire assistenza ha un effetto negativo sul Suo stato di salute fisica?                        | ①      | ②      | ③       | ④   | ✕   |
| 86<br>C86COP5  | Assistere Le crea delle difficoltà nei rapporti con la Sua famiglia?                             | ①      | ②      | ③       | ④   | ⑧   |
| 87<br>C87COP6  | Fornire assistenza Le causa difficoltà finanziarie?  | ①      | ②      | ③       | ④   | ✕   |
| 88<br>C88COP7  | Si sente "intrappolato" nel Suo ruolo di assistente?   | ①      | ②      | ③       | ④   | ✕   |
| 89<br>C89COP8  | Si sente adeguatamente sostenuto dai Suoi amici e/o vicini di casa?                              | ④      | ③      | ②       | ①   | ⑧   |
| 90<br>C90COP9  | Trova che valga la pena fornire assistenza?  | ④      | ③      | ②       | ①   | ✕   |
| 91<br>C91COP10   | Si sente adeguatamente sostenuto dalla Sua famiglia?   | ④      | ③      | ②       | ①   | ⑧   |
| 92<br>C92COP11   | Ha un buon rapporto con la persona che assiste?  | ④      | ③      | ②       | ①   | ✕   |
| 93<br>C93COP12   | Si sente adeguatamente sostenuto dai servizi sanitari e sociali (pubblici, privati o volontari)? | ④      | ③      | ②       | ①   | ⑧   |
| 94<br>C94COP13   | Ritiene di essere apprezzato per il fatto che Lei assiste?                                       | ④      | ③      | ②       | ①   | ✕   |
| 95<br>C95COP14   | Fornire assistenza ha un effetto negativo sul Suo equilibrio emotivo?                            | ①      | ②      | ③       | ④   | ✕   |
| 96<br>C96COP15   | Nell'insieme, si sente adeguatamente sostenuto nel Suo ruolo di assistente?                      | ④      | ③      | ②       | ①   | ✕   |

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

| 97<br>C97QOL1   | In generale, come giudica la sua salute:  |                  |                          |                            |                          |                           |               |     |
|-----------------|---|------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------|-----|
|                 | Eccellente<br>①   | Molto buona<br>② | Buona<br>③               | Discreta<br>④              | Cattiva<br>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<br>C98QOL2   | Mi sono sentito allegro e di buonumore  |                  | ⑤                        | ④                          | ③                        | ②                         | ①             | ①   |
| 99<br>C99QOL3   | Mi sono sentito tranquillo e rilassato  |                  | ⑤                        | ④                          | ③                        | ②                         | ①             | ①   |
| 100<br>C100QOL4 | Mi sono sentito attivo e pieno di energie   |                  | ⑤                        | ④                          | ③                        | ②                         | ①             | ①   |
| 101<br>C101QOL5 | Mi sono svegliato fresco e riposato   |                  | ⑤                        | ④                          | ③                        | ②                         | ①             | ①   |
| 102<br>C102QOL6 | La mia vita quotidiana è stata ricca di cose che mi interessano                                 |                  | ⑤                        | ④                          | ③                        | ②                         | ①             | ①   |
| 103<br>C103QOL7 | Nel complesso, come giudica la qualità della sua vita in riferimento alle ultime due settimane? |                  |                          |                            |                          |                           |               |     |
|                 | Molto cattiva<br>⑤  | Cattiva<br>④     | Né buona né cattiva<br>③ | Buona<br>②                 | Molto buona<br>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.<br>Iniziamo con l'Anziano<br>Quali servizi l'ANZIANO (e Lei) avete utilizzato<br>negli ultimi 6 mesi? |  | B.<br>Il servizio ha<br>soddisfatto i bisogni<br>dell'ANZIANO/Suoi? |                     | C.<br>Lei o l'ANZIANO<br>pagate questo<br>servizio quando lo<br>utilizzate? |    |
|--------------------------------------|--|--|---|---------------------|---|----|
|                                      | SERVIZI<br>INTERVISTATORE: Fare riferimento alla lista<br>nazionale dei servizi                          |  | In gran<br>parte Sì   | In gran<br>parte No | Sì  | No |
|                                      | Nome del Servizio  | A. (Numero dalla lista<br>dei servizi) | B   |                     | C   |    |
| 104<br>SE104NAM<br>SE104A-<br>SE104G | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                   | ①   | ②                   | ①   | ②  |
| 105<br>SE105NAM<br>SE105A-<br>SE105G | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                   | ①   | ②                   | ①   | ②  |
| 106<br>SE106NAM<br>SE106A-<br>SE106G | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                   | ①   | ②                   | ①   | ②  |
| 107<br>SE107NAM<br>SE107A-<br>SE107G | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                   | ①   | ②                   | ①   | ②  |
| 108<br>SE108NAM<br>SE108A-<br>SE108G | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                   | ①   | ②                   | ①   | ②  |
| 109<br>SE109NAM<br>SE109A-<br>SE109G | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                   | ①   | ②                   | ①   | ②  |
| 110<br>SE110NAM<br>SE110A-<br>SE110G | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                   | ①   | ②                   | ①   | ②  |
| 111<br>SE111NAM<br>SE111A-<br>SE111G | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                   | ①   | ②                   | ①   | ②  |
| 112<br>SE112NAM<br>SE112A-<br>SE112G | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                   | ①   | ②                   | ①   | ②  |
| 113<br>SC113NAM<br>SC113A-<br>SC113G | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                   | ①   | ②                   | ①   | ②  |
| 114<br>SC114NAM<br>SC114A-<br>SC114G | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                   | ①   | ②                   | ①   | ②  |
| 115<br>SC115NAM<br>SC115A-<br>SC115G | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                   | ①   | ②                   | ①   | ②  |
| 116<br>SC116NAM<br>SC116A-<br>SC116G | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                   | ①   | ②                   | ①   | ②  |
| 117<br>SC117NAM<br>SC117A-<br>SC117G | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                   | ①   | ②                   | ①   | ②  |
| 118<br>SC118NAM<br>SC118A-<br>SC118G | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                   | ①   | ②                   | ①   | ②  |

| <b>D e E.</b><br><b>SE Lei/l'ANZIANO paga per il servizio, quanto costa?</b><br>Una unità è la misura con cui l'assistente o l'ANZIANO usano il servizio (es. a visita, all'ora, alla settimana) |                      | <b>F.</b><br><b>Con che frequenza l'ANZIANO/Lei usa questo servizio?</b><br>(es. quotidianamente, una volta la settimana; due volte all'anno) | <b>G.</b><br><b>Quante unità di questo servizio avete ricevuto negli ultimi 6 mesi?</b> |     |
|--|----------------------|---|---|-----|
| <b>Costo</b>   | <b>Unità</b>         | <b>Frequenza</b>  | <b>Numero</b>   |     |
| <b>D</b>   | <b>E</b>             | <b>F</b>  | <b>G</b>  |     |
| <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   | <b>Ci sono dei servizi che Lei o l'ANZIANO avete smesso di utilizzare ma di cui avreste ancora bisogno?</b>  |                                   |   |  |  |  |
| S119STOP  | Sì <sup>①</sup><br>(rispondere alle domande nella zona grigia)   |                                   | No <sup>②</sup><br>Andare alla dom. 120 |  |  |  |
| S119SER1<br>S119SER2<br>S119SER3  | <b>Se sì, quali?</b><br>(Intervistatore: riportare i 3 più importanti, da scegliere tra quelli elencati dalla lista di servizi) <table border="1" style="width:100%; height:30px; margin-top:5px;"> <tr> <td style="width:33%;"></td> <td style="width:33%;"></td> <td style="width:33%;"></td> </tr> </table> |                                   |   |  |  |  |
|   |  |                                   |   |  |  |  |
| <b>Se sì, perché avete smesso di utilizzare questi servizi?</b><br>Barrare tutte le caselle che interessano |  |                                   |   |  |  |  |
|   | ↘  | Servizio 1                        | Servizio 2                              |  |  |  |
| S119EXP1-<br>S119EXP3   | <b>Troppo costoso</b>  | <input type="radio"/><br>S119EXP1 | <input type="radio"/><br>S119EXP2       |  |  |  |
| S119DIS1-<br>S119DIS3   | <b>Troppo distante</b>   | <input type="radio"/><br>S119DIS1 | <input type="radio"/><br>S119DIS2       |  |  |  |
| S119QUA1 -<br>S119QUA3  | <b>Bassa qualità del servizio</b>  | <input type="radio"/><br>S119QUA1 | <input type="radio"/><br>S119QUA2       |  |  |  |
| S119AV1-<br>S119AV3   | <b>Non più disponibile</b>   | <input type="radio"/><br>S119AV1  | <input type="radio"/><br>S119AV2        |  |  |  |
| S119ENT1-<br>S119ENT3   | <b>Perdita dei requisiti per utilizzarlo</b>   | <input type="radio"/><br>S119ENT1 | <input type="radio"/><br>S119ENT2       |  |  |  |
| S119OTH   | <b>Altro</b><br>(specificare)  |                                   |   |  |  |  |

|  |  |                                   |   |  |  |  |
|--|--|-----------------------------------|---|--|--|--|
| 120  | <b>Ci sono dei servizi che Lei o l'ANZIANO non avete mai utilizzato finora ma dei quali avreste bisogno?</b>   |                                   |   |  |  |  |
| S120NOUS   | Sì <sup>①</sup><br>(rispondere alle domande nella zona grigia)   |                                   | No <sup>②</sup><br>Andare alla dom. 121 |  |  |  |
| S120SER1<br>S120SER2<br>S120SER3   | <b>Se sì, quali?</b><br>(Intervistatore: riportare i 3 più importanti, da scegliere tra quelli elencati dalla lista di servizi) <table border="1" style="width:100%; height:30px; margin-top:5px;"> <tr> <td style="width:33%;"></td> <td style="width:33%;"></td> <td style="width:33%;"></td> </tr> </table> |                                   |   |  |  |  |
|  |  |                                   |   |  |  |  |
| <b>Se sì, perché non avete mai utilizzato questi servizi finora?</b><br>Barrare tutte le caselle che interessano |  |                                   |   |  |  |  |
|  | ↘  | Servizio 1                        | Servizio 2                              |  |  |  |
| S120EXP1-<br>S120EXP3  | <b>Troppo costoso</b>  | <input type="radio"/><br>S120EXP1 | <input type="radio"/><br>S120EXP2       |  |  |  |
| S120DIS1-<br>S120DIS3  | <b>Troppo distante</b>   | <input type="radio"/><br>S120DIS1 | <input type="radio"/><br>S120DIS2       |  |  |  |
| S120QUA1 -<br>S120QUA3   | <b>Bassa qualità del servizio</b>  | <input type="radio"/><br>S120QUA1 | <input type="radio"/><br>S120QUA2       |  |  |  |
| S120KNO1-<br>S120KNO3  | <b>Non sapevo che esistesse</b>  | <input type="radio"/><br>S120KNO1 | <input type="radio"/><br>S120KNO2       |  |  |  |
| S120ENT1-<br>S120ENT3  | <b>Mancanza dei requisiti per utilizzarlo</b>  | <input type="radio"/><br>S120ENT1 | <input type="radio"/><br>S120ENT2       |  |  |  |
| S120OTH  | <b>Altro</b><br>(specificare)  |                                   |   |  |  |  |

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

|            |   |
|------------|---|
| <b>122</b> | <b><u>PORRE A TUTTI I PARTECIPANTI LE SEGUENTI DOMANDE</u></b><br><b>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)</b> |
| S122HEL1   |   |
| S122HEL2   |   |
| S122HEL3   |   |

|            |   |
|------------|---|
| <b>123</b> | <b>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)</b> |
| S123DIF1   |   |
| S123DIF2   |   |
| S123DIF3   |   |

|            |  |                      |   |    |   |
|------------|--|----------------------|---|----|---|
| <b>124</b> | <b>L'attività assistenziale le ha procurato delle spese aggiuntive? Quali tra le seguenti?</b> |                      |   |    |   |
| 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<br>S125IMPA<br>S125IMPB   | Informazioni sui tipi di aiuto e supporto disponibili, e su come accedervi              | ②                | ①                     | ①              | X   | ①                           | ①                |
| 126<br>S126IMPA<br>S126IMPB   | Informazioni sulle malattie di cui soffre l'ANZIANO                                     | ②                | ①                     | ①              | X   | ①                           | ①                |
| 127<br>S127IMPA<br>S127IMPB   | Formazione per aiutarla a sviluppare le abilità che le servono per assistere            | ②                | ①                     | ①              | X   | ①                           | ①                |
| 128<br>S128IMPA<br>S128IMPB   | Opportunità di partecipare ad attività al di fuori dell'assistenza                      | ②                | ①                     | ①              | X   | ①                           | ①                |
| 129<br>S129IMPA<br>S129IMPB   | Possibilità di fare una vacanza o di avere una pausa dall'assistenza                    | ②                | ①                     | ①              | X   | ①                           | ①                |
| 130<br>S130IMPA<br>S130IMPB   | Opportunità per l'ANZIANO di intraprendere attività che lo divertano                    | ②                | ①                     | ①              | X   | ①                           | ①                |
| 131<br>S131IMPA<br>S131IMPB   | Aiuto nel pianificare l'assistenza futura   | ②                | ①                     | ①              | X   | ①                           | ①                |
| 132<br>S132IMPA<br>S132IMPB   | Possibilità di conciliare l'assistenza con il lavoro retribuito                         | ②                | ①                     | ①              | ⑧   | ①                           | ①                |
| 133<br>S133IMPA<br>S133IMPB   | Opportunità di parlare dei Suoi problemi nell'assistere l'anziano                       | ②                | ①                     | ①              | X   | ①                           | ①                |
| 134<br>S134IMPA<br>S134IMPB   | Possibilità di partecipare ad un gruppo di supporto per assistenti familiari di anziani | ②                | ①                     | ①              | X   | ①                           | ①                |
| 135<br>S135IMPA<br>S135IMPB   | Più denaro per comprare le cose di cui ha bisogno per fornire un'assistenza adeguata    | ②                | ①                     | ①              | X   | ①                           | ①                |
| 136<br>S136IMPA<br>S136IMPB   | Opportunità di passare più tempo con la Sua famiglia                                    | ②                | ①                     | ①              | ⑧   | ①                           | ①                |
| 137<br>S137IMPA<br>S137IMPB   | Aiuto nel gestire le incomprensioni e i conflitti familiari                             | ②                | ①                     | ①              | ⑧   | ①                           | ①                |
| 138<br>S138IMPA<br>S138IMPB   | Aiuto per rendere l'ambiente abitativo dell'ANZIANO più adatto all'assistenza           | ②                | ①                     | ①              | X   | ①                           | ①                |

|                 |  |                 |                      |
|-----------------|--|-----------------|----------------------|
| 139<br>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<br>S140IMP2 | Qual è il secondo in ordine di importanza?   | Domanda numero: | <input type="text"/> |
| 141<br>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<br>S142CHAA<br>S142CHAB  | Che l'aiuto sia disponibile nel momento in cui Lei ne ha più bisogno            | ②                | ①                     | ①   | ①                | ①                | ⑧   |
| 143<br>S143CHAA<br>S143CHAB  | Che l'aiuto fornito si adatti bene ai Suoi orari e alle Sue abitudini           | ②                | ①                     | ①   | ①                | ①                | ⑧   |
| 144<br>S144CHAA<br>S144CHAB  | Che l'aiuto arrivi quando è stato promesso                                      | ②                | ①                     | ①   | ①                | ①                | ⑧   |
| 145<br>S145CHAA<br>S145CHAB  | Che gli addetti all'assistenza abbiano le capacità e la preparazione necessarie | ②                | ①                     | ①   | ①                | ①                | ⑧   |
| 146<br>S146CHAA<br>S146CHAB  | Che gli addetti all'assistenza trattino l'ANZIANO con dignità e rispetto        | ②                | ①                     | ①   | ①                | ①                | ⑧   |
| 147<br>S147CHAA<br>S147CHAB  | Che gli addetti all'assistenza trattino Lei con dignità e rispetto              | ②                | ①                     | ①   | ①                | ①                | ⑧   |
| 148<br>S148CHAA<br>S148CHAB  | Che il Suo punto di vista e le Sue opinioni siano ascoltate                     | ②                | ①                     | ①   | ①                | ①                | ⑧   |
| 149<br>S149CHAA<br>S149CHAB  | Che l'aiuto fornito migliori la qualità di vita dell'ANZIANO                    | ②                | ①                     | ①   | ①                | ①                | ⑧   |
| 150<br>S150CHAA<br>S150CHAB  | Che l'aiuto fornito migliori la Sua qualità di vita                             | ②                | ①                     | ①   | ①                | ①                | ⑧   |
| 151<br>S151CHAA<br>S151CHAB  | Che l'aiuto fornito non sia troppo costoso                                      | ②                | ①                     | ①   | ①                | ①                | ⑧   |
| 152<br>S152CHAA<br>S152CHAB  | Che l'aiuto sia sempre fornito dallo stesso addetto                             | ②                | ①                     | ①   | ①                | ①                | ⑧   |
| 153<br>S153CHAA<br>S153CHAB  | Che l'aiuto consideri sia i Suoi bisogni, sia quelli dell'ANZIANO               | ②                | ①                     | ①   | ①                | ①                | ⑧   |

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

**VORREMMO ORA PORLE QUALCHE DOMANDA SULL'ASSISTENZA ALL'ANZIANO IN FUTURO**

|                 |   |   |
|-----------------|---|---|
| 157<br>C157FUT1 | <b>L'anno prossimo, sarebbe disposto a continuare ad assistere l'ANZIANO?</b>                               |   |
|                 | 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<br>C158FUT2 | <b>Sarebbe disposto a prendere in considerazione il ricovero dell'ANZIANO in casa di riposo?</b>            |   |
|                 | 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 |

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

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

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

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

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

|          |  |      |      |
|----------|--|------|------|
| 181      | <b>CHIEDERE A TUTTI</b><br>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<br>F182CINC  | <b>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.</b> |   |                           |
| <b>REDDITO NETTO SIGNIFICA</b>   |  |   |                           |
| Importo ricevuto al netto delle tasse e dei contributi previdenziali e assicurativi.<br>Se il reddito varia tra i mesi, per favore fornisca una media. |  |   |                           |
| F182CINC<br>F182CAM  | Il mio reddito familiare netto mensile è: ①  | <input type="text"/> F182CAM<br>(specificare l'ammontare in euro) | ➔ Andare alla domanda 184 |
|  | Non so ②   | ➔ Andare alla domanda 183   |                           |
|  | Rifiuta di rispondere ③  | ➔ Andare alla domanda 183   |                           |
| 183<br>F183BAND  | <b>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:</b>  |   |                           |
|  | 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                 | <b>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.</b> |   |                           |
| F184EINC<br>F184EAM | Il reddito familiare netto mensile dell'anziano è: ①  | <input type="text"/> F184EAM<br>(specificare l'ammontare in euro) | ➔ Andare alla domanda 186 |
|                     | Non so ②  | ➔ Andare alla domanda 185   |                           |
|                     | Rifiuta di rispondere ③   | ➔ Andare alla domanda 185   |                           |
| 185<br>F185BAND     | <b>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:</b>             |   |                           |
|                     | 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<br>F186ESUP | <b>L'ANZIANO riceve sussidi economici, pensioni o assegni dallo Stato?</b> | Sì ① | No ② |
|-----------------|--|------|------|

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