

Situazione abitativa e di assistenza delle persone con un assegno per grandi invalidi dell' AI

Rassegna nel contesto delle misure della 4^a revisione dell'AI

Allegato:

Questionario per beneficiari adulti di un AGI che vivono a casa (italiano)

Questionario per beneficiari adulti di un AGI che vivono in istituto (italiano)

Questionario per beneficiari minorenni di un AGI che vivono a casa (italiano)

Su mandato dell' Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS)

Matthias Gehrig, Jürg Guggisberg, Iris Graf

Berna, febbraio 2013

Questionario per beneficiari adulti di un AGI che vivono a casa

Parte A: Situazione abitativa

Domanda A.1: Lei non abita in un istituto o in una struttura analoga (ad es. casa per persone disabili, appartamento protetto, casa per persone anziane, clinica): è esatto?

- ₁ **È esatto:** abito / trascorro la notte sempre (o principalmente) in un alloggio privato.
- ₂ **Non è esatto:** abito / trascorro la notte sempre (o principalmente) in un istituto. ➡ *In tal caso occorre compilare un altro questionario. La preghiamo di prendere contatto con noi: Le faremo pervenire il questionario adatto alla Sua situazione.*

Domanda A.2: Nell'abitazione dove alloggia vivono anche altre persone?

₁ **No**, vivo da sola/o in questa abitazione privata. ➡ *Passare alla domanda A.3*

₂ **Sì**, in questa abitazione privata vivono anche altre persone, **ossia:**

(sono possibili più risposte)

₂₁ compagna/o

₂₂ i miei figli

₂₃ madre/padre

₂₄ fratelli/sorelle

₂₅ altre/i parenti

₂₆ famiglia affidataria

_{2z} colleghe/i, conoscenti, amiche/ci

₂₈ altre persone, **con le quali i miei rapporti sono i seguenti:** ✎

.....

Domanda A.3: A causa del Suo handicap, Le capita di trascorrere la notte in un istituto o in una struttura analoga (ad es. determinati giorni la settimana o durante certi periodi)?

₁ **No**, non trascorro **mai** la notte in un istituto. ➡ *Passare alla domanda A.7*

₂ **Sì**, talvolta trascorro la notte in un istituto o in una struttura analoga.

Se ha risposto affermativamente: di che istituto o struttura si tratta?

₁ casa per persone disabili

₂ appartamento protetto

₃ casa per persone anziane

₄ ospedale / clinica (solo per soggiorni dovuti all'handicap)

₅ strutture analoghe, **ossia:**

✎

Domanda A.4: Trascorre regolarmente la notte (almeno una notte al mese) in un istituto o in una struttura analoga? Se sì: con quale frequenza?

Una sola risposta. Indichi il numero di notti.

₁ **No**

₂ **Sì**, ogni settimana per lo più ✎ **notti**

₃ **Sì**, ogni mese per lo più ✎ **notti**

Domanda A.5: Quante notti trascorre, nell'ambito di soggiorni non regolari (ad es. ferie, soggiorni per alleviare la situazione delle persone che si occupano di Lei, fasi acute) in un istituto o in una struttura analoga?

₁ **Nessuna**, poiché non mi capita di pernottare su base irregolare in un istituto.

₂ Ogni anno circa ✎ **notti**

Domanda A.6: Oltre alla retta, deve versare all'istituto dove talvolta trascorre la notte anche una parte del Suo assegno per grandi invalidi?

₁ **No**

₂ **Sì**

₂ **Non so**

Domanda A.7: In che misura è soddisfatta/o della Sua situazione abitativa?



₁



₂



₃



₄



₅

Domanda A.8: Perché non vive in un istituto? Indichi in che misura le seguenti affermazioni corrispondono al Suo caso.

Una risposta per ogni riga.

	si	piuttosto si	piuttosto no	no	non so
La mia salute non è pregiudicata al punto da costringermi a vivere in un istituto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Se non potessi abitare con i miei parenti, probabilmente vivrei in un istituto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Finché riuscirò a finanziare la mia vita altrove, non abiterò in un istituto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Rispetto alla vita in un istituto, preferisco altre soluzioni.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Senza l'assegno per grandi invalidi versato dall'AI non potrei più finanziare la mia vita altrove e sarei pertanto costretta/o ad abitare in un istituto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Per altri motivi: ✎

.....

Domanda A.9: Attualmente sta prendendo in considerazione l'eventualità di vivere in un istituto?

- ₁ **No**, non prendo in considerazione l'eventualità di vivere in un istituto. ➡ Passare alla domanda A.11
- ₂ **Sì**, di tanto in tanto mi capita di pensarci.
- ₃ **Sì**, abiterò ben presto in un istituto.
- ₄ Non so / Non saprei dire. ➡ Passare alla domanda A.11

Domanda A.10: Perché Le capita di prendere in considerazione l'eventualità di vivere in un istituto?

Una risposta per ogni riga.

	si	piuttosto si	piuttosto no	no	non so
Per motivi di salute: ad es. perché il Suo stato di salute è così peggiorato da rendere praticamente impossibile la vita fuori da un istituto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Per motivi familiari: ad es. perché teme che l'onere di cui si fanno carico i parenti che attualmente si occupano di Lei possa risultare eccessivo. Oppure perché una persona non ha più tempo o non può più occuparsi di Lei come ha fatto finora (ad es. per malattia o decesso).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Per motivi finanziari: ad es. perché, se vivesse in un istituto, i Suoi problemi finanziari diminuirebbero.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Per motivi personali: ad es. perché si sente sola/o o la vita a casa propria è diventata troppo impegnativa.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Per altri motivi: ✎

.....

Domanda A.11: In passato, Le è capitato di vivere per almeno un anno in un istituto o in una struttura analoga?

- ₁ **No**, non ho mai abitato in un istituto per almeno un anno. ➡ Passare alla domanda A.16
- ₂ **Sì**, ma nel frattempo ho lasciato l'istituto.

Domanda A.12: In quale anno ha lasciato l'istituto?

Nel: ✎ (ad es. 1999)

Domanda A.13: Perché ha lasciato l'istituto?Una risposta per ogni riga.

	sì	piuttosto sì	piuttosto no	no	non so
(A) Per motivi di salute , ad es.: Ho lasciato l'istituto poiché il mio stato di salute è migliorato e ora sono in grado di vivere altrove.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(B) Per motivi familiari , ad es.: Ho lasciato l'istituto poiché la situazione nella mia famiglia o nella mia cerchia di conoscenti è cambiata e qualcuno ha potuto occuparsi di me.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(C) Per motivi finanziari , ad es.: Ho lasciato l'istituto poiché la mia situazione finanziaria è cambiata e ora sono in grado di vivere altrove.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(D) Per motivi personali , ad es.: Ho lasciato l'istituto poiché non mi sentivo a mio agio.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(E) Per altri motivi: ✎					

Domanda A.14: Dei motivi elencati nella domanda precedente (A.13), qual è stato il più importante?

Una sola risposta.

₁ (A) ₂ (B) ₃ (C) ₄ (D) ₅ (E) ₆ Non so / Non saprei dire

Domanda A.15: Le seguenti affermazioni corrispondono al Suo caso?

Dopo aver risposto ➡ Passare alla domanda B.1

Una risposta per ogni riga.

	sì	no	non so
Non ho lasciato l'istituto per questioni economiche o a causa dello stato delle mie finanze .	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Nella decisione di lasciare l'istituto, la possibilità di finanziare la mia vita altrove ha svolto un ruolo importante.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Ho lasciato l'istituto perché nel 2004 l' assegno per grandi invalidi destinato alle persone che vivono a casa propria è stato raddoppiato. Ciò mi ha permesso di finanziare la mia vita fuori da un istituto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

➡ Passare alla domanda B.1

Domanda A.16: Le è mai capitato, in passato, di prendere seriamente in considerazione l'eventualità di vivere in un istituto, ma di avervi rinunciato?

Una sola risposta.

₁ **Sì** ➡ Passare alla domanda A.17 ₂ **No** ➡ Passare alla domanda B.1 ₃ Non so ➡ Passare alla domanda B.1

Domanda A.17: Perché in passato ha rinunciato a entrare in un istituto? Indichi in che misura le seguenti affermazioni corrispondono al Suo caso.Una risposta per ogni riga.

	no	piuttosto no	piuttosto sì	sì	non so
L'aspetto finanziario non ha influito sulla mia decisione di rinunciare a vivere in un istituto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Il raddoppio dell'assegno per grandi invalidi per persone che vivono a casa propria (gennaio 2004) è stato uno dei motivi che mi hanno spinto a rinunciare.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Le prestazioni dell'AI sono state uno dei motivi che mi hanno spinto a rinunciare.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Per altri motivi: ✎
.....

Parte B: Occupazione e tempo libero

Domanda B.1: Indichi quali sono le Sue occupazioni regolari. Per quanti giorni e quante ore la settimana?

sì	attività	Quanti giorni la settimana?	Quante ore la settimana?
<input type="checkbox"/>	Non pratico alcuna delle seguenti attività.		
<input type="checkbox"/>	Sono occupata/o in un centro diurno per persone disabili (incl. animazioni per il tempo libero)	<input type="text"/>	<input type="text"/> ore
<input type="checkbox"/>	Lavoro in un laboratorio protetto.	<input type="text"/>	<input type="text"/> ore
<input type="checkbox"/>	Partecipo a un programma di integrazione professionale (centro d'integrazione, centro di formazione, training professionale, provvedimento di reinserimento, mentorato professionale ecc.).	<input type="text"/>	<input type="text"/> ore
<input type="checkbox"/>	Esercizio un'attività retribuita (posto di lavoro non protetto).	<input type="text"/>	<input type="text"/> ore
<input type="checkbox"/>	Esercizio un'attività retribuita indipendente.	<input type="text"/>	<input type="text"/> ore
<input type="checkbox"/>	Mi occupo dei miei figli.	<input type="text"/>	<input type="text"/> ore
<input type="checkbox"/>	Pratico regolarmente volontariato / attività di pubblica utilità.	<input type="text"/>	<input type="text"/> ore
<input type="checkbox"/>	Seguo un apprendistato, frequento una scuola professionale.	<input type="text"/>	<input type="text"/> ore
<input type="checkbox"/>	Frequento una scuola di commercio, un liceo, una scuola universitaria ecc.	<input type="text"/>	<input type="text"/> ore
<input type="checkbox"/>	Frequento un centro di formazione per persone disabili.	<input type="text"/>	<input type="text"/> ore
<input type="checkbox"/>	Altre attività: quale? In che tipo di struttura?	<input type="text"/>	<input type="text"/> ore
	<input type="text"/>		

Domanda B.2: In che misura è soddisfatta/o delle Sue occupazioni?



Domanda B.3: Come occupa il Suo tempo libero? Con quale frequenza svolge le seguenti attività?

Una risposta per ogni riga.	ogni giorno	più volte la settimana	circa una volta la settimana	una o più volte al mese	meno di una volta al mese	mai	non so
Incontrare amiche/ci, conoscenti, colleghe/i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leggere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passeggiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentare un ritrovo pubblico (bar, ristorante ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bricolage, lavori manuali, giardinaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticare sport (da sola/o o con altre persone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navigare in internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinema, discoteca, teatro, manifestazioni sportive, esposizioni ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suonare uno strumento, cantare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguire corsi (ad es. di lingua, di cucina, di artigianato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gite, viaggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Domanda B.4: In che misura è soddisfatta/o delle attività che pratica nel tempo libero?



Parte C: Rapporti con familiari, amici e conoscenti

Domanda C.1: In questo momento ha una/un compagna/o?

₁ Sì, abita con me ₂ Sì, ma non abita con me ₂ No ₃ Non voglio/posso rispondere

Domanda C.2: Ha figli? Se sì, quanti?

₁ No ₂ Sì, indicare il numero di figli che vivono nella stessa economia domestica: ✎

indicare il numero di figli che non abitano nella stessa economia domestica: ✎

Domanda C.3: Con quante persone di queste cerchie è in relazioni buone e strette?

Quante persone?

Una risposta per ogni riga.

	nessuno	1	2	3-5	6-10	>10	non so
Relazioni buone e strette con parenti che non abitano nella mia economia domestica	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Relazioni buone e strette con amiche/ci che non abitano nella mia economia domestica	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Buone relazioni con vicine/i di casa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Buone relazioni con colleghe/i di lavoro, conoscenti che frequento nel tempo libero, nella vita politica, nella vita religiosa o in altri luoghi e in altre occasioni	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆

Domanda C.4: Con quale frequenza incontra persone con le quali è in relazioni buone e strette?

Una risposta per ogni riga.

	ogni giorno	più volte la settimana	circa una volta la settimana	una o più volte al mese	meno di una volta al mese	mai	non so
Parenti che non abitano nella mia economia domestica	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Amiche/ci, vicine/i, colleghe/i, conoscenti non portatori di handicap , che non abitano nella mia economia domestica	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Amiche/ci, vicine/i, colleghe/i, conoscenti portatori di handicap , che non abitano nella mia economia domestica	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Domanda C.5: Con quale frequenza ricorre ai seguenti mezzi di comunicazione?

Una risposta per ogni riga.

	ogni giorno	più volte la settimana	circa una volta la settimana	una o più volte al mese	meno di una volta al mese	mai	non so
Telefono	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
SMS/MMS	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
E-mail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Chat o servizi di rete sociale (ad es. Facebook)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Domanda C.6: Con quale frequenza Le capita di sentirsi sola/o?

₁ molto spesso ₂ abbastanza spesso ₃ talvolta ₄ raramente ₅ mai ₆ non so

Domanda C.7: Durante lo scorso mese con quale frequenza Le è capitato, per motivi finanziari, di rinunciare a incontrare una/un sua/o conoscente?

₁ mai ₂ una volta ₃ qualche volta ₄ sovente ₅ di continuo ₆ non so / nessuna risposta

Domanda C.8 In che misura è soddisfatta/o dei Suoi rapporti con familiari, amici e conoscenti?



Parte D: Bisogno di assistenza dovuto all'handicap



Lei beneficia di un assegno per grandi invalidi poiché, a causa dei Suoi problemi di salute, **in determinate situazioni della vita** ha bisogno di **assistenza da parte di altre persone**. Nelle seguenti domande ci riferiamo a questo e a simili tipi di sostegno parlando semplicemente di "assistenza". Per maggior chiarezza, distinguiamo sei diversi ambiti nei quali una persona con handicap può aver bisogno di aiuto.

Domanda D.1: Nei seguenti ambiti, con quale frequenza ha bisogno di assistenza da parte di altre persone?

Una risposta per ogni riga.

	ogni giorno	più volte la settimana	circa una volta la settimana	una o più volte al mese	meno di una volta al mese	mai	non so
Atti ordinari della vita e cure Assistenza per vestirsi, svestirsi, alzarsi, sedersi, sdraiarsi, mangiare, prendersi cura del corpo (ad es. fare una doccia), espletare i bisogni fisiologici ecc.; cure di base e cure medico-infermieristiche	<input type="checkbox"/> ₁₁	<input type="checkbox"/> ₁₂	<input type="checkbox"/> ₁₃	<input type="checkbox"/> ₁₄	<input type="checkbox"/> ₁₅	<input type="checkbox"/> ₁₆	<input type="checkbox"/> ₁₇
Vita domestica Assistenza per cucinare, pulire, fare il bucato, fare la spesa, saldare le fatture; accompagnamento / trasporto a visite mediche ecc.	<input type="checkbox"/> ₂₁	<input type="checkbox"/> ₂₂	<input type="checkbox"/> ₂₃	<input type="checkbox"/> ₂₄	<input type="checkbox"/> ₂₅	<input type="checkbox"/> ₂₆	<input type="checkbox"/> ₂₇
Tempo libero, relazioni sociali Sostegno per praticare hobby, accompagnamento / trasporto in determinati luoghi e occasioni, incontro con conoscenti ecc.	<input type="checkbox"/> ₃₁	<input type="checkbox"/> ₃₂	<input type="checkbox"/> ₃₃	<input type="checkbox"/> ₃₄	<input type="checkbox"/> ₃₅	<input type="checkbox"/> ₃₆	<input type="checkbox"/> ₃₇
Lavoro e formazione Assistenza per praticare un lavoro o seguire una formazione (ad es. accompagnamento / trasporto sul posto di lavoro)	<input type="checkbox"/> ₄₁	<input type="checkbox"/> ₄₂	<input type="checkbox"/> ₄₃	<input type="checkbox"/> ₄₄	<input type="checkbox"/> ₄₅	<input type="checkbox"/> ₄₆	<input type="checkbox"/> ₄₇
Presenza e sorveglianza diurne Ad es. presenza in caso di respirazione artificiale oppure se la persona costituisce un pericolo per sé o per gli altri, necessità di controllare che vada tutto bene	<input type="checkbox"/> ₅₁	<input type="checkbox"/> ₅₂	<input type="checkbox"/> ₅₃	<input type="checkbox"/> ₅₄	<input type="checkbox"/> ₅₅	<input type="checkbox"/> ₅₆	<input type="checkbox"/> ₅₇
Presenza e sorveglianza notturne Ad es. presenza in caso di respirazione artificiale, aiuto per cambiare posizione nel letto, necessità di controllare che vada tutto bene	<input type="checkbox"/> ₆₁	<input type="checkbox"/> ₆₂	<input type="checkbox"/> ₆₃	<input type="checkbox"/> ₆₄	<input type="checkbox"/> ₆₅	<input type="checkbox"/> ₆₆	<input type="checkbox"/> ₆₇

Domanda D.2 Chi Le presta assistenza quando non si trova in un istituto o in una struttura protetta? Persone che non sono retribuite a questo scopo (ad es. parenti) oppure persone assunte e retribuite a questo scopo (ad es. Spitex o assistenti personali)?

Una sola risposta.

- ₁ (Quasi) solo persone non retribuite a questo scopo.
- ₂ In larga parte persone non retribuite a questo scopo.
- ₃ In parti quasi uguali persone retribuite e non.
- ₄ In larga parte persone assunte e retribuite a questo scopo.
- ₅ (Quasi) solo persone assunte e retribuite a questo scopo.
- ₆ Non so / Non posso rispondere.

Nelle domande seguenti Le chiederemo qualche indicazione più precisa in merito all'assistenza di cui Lei ha bisogno nei **6 ambiti** ricordati sopra. Nel rispondere, la preghiamo di riferirsi allo svolgimento di una settimana-tipo.

D3. Assistenza per atti ordinari della vita e cure

Assistenza per vestirsi, svestirsi, alzarsi, sedersi, sdraiarsi, mangiare, prendersi cura del corpo, espletare bisogni fisiologici, spostarsi all'interno dell'abitazione; **cure infermieristiche; trattamenti medici.**



Nel rispondere alle seguenti domande, **non** tenga in considerazione l'assistenza di cui ha beneficiato in **istituti, centri diurni, laboratori o strutture analoghe.**

Domanda D.3.1: Durante la scorsa settimana ha ricevuto assistenza per eseguire atti ordinari della vita oppure ha ricevuto prestazioni di cura, anch'esse legate all'handicap?

- ₁ **No** ↻ Passare alla domanda D.3.4
- ₂ **Sì, ogni giorno** ₃ **Sì, ma non tutti i giorni**

Domanda D.3.2: Durante la scorsa settimana chi Le ha prestato questa assistenza / queste cure e per quante ore?

Può indicare il numero di ore al giorno (colonna 1) oppure per l'intera settimana (colonna 2). Ad esempio: ¼ d'ora, 1 ora e ¾, 5 ore ecc.

	al giorno	per l'intera settimana
<input type="checkbox"/> ₁ Assistenza prestata da persone che vivono nella Sua economia domestica:	✎ ore	✎ ore
<input type="checkbox"/> ₂ Assistenza prestata gratuitamente da persone che non vivono nella Sua economia domestica:	✎ ore	✎ ore
<input type="checkbox"/> ₃ Assistenza prestata da persone retribuite a questo scopo:	✎ ore	✎ ore
T O T A L E	✎ ore	✎ ore

Domanda D.3.3: In che misura questa assistenza è stata prestata da personale di cura qualificato e retribuito (ad es. Spitex)?

Può indicare il numero di ore al giorno oppure per l'intera settimana.

- ₁ ✎ ore **al giorno** ₂ ✎ ore **per l'intera settimana** ₃ non so

Domanda D.3.4: Durante lo scorso mese con quale frequenza Le è capitato, per eseguire atti ordinari della vita, di non ricevere in tempo assistenza oppure prestazioni di cura, anch'esse legate all'handicap?

- ₁ mai ₂ una volta ₃ qualche volta ₄ sovente ₅ di continuo ₆ non so / nessuna risposta

D4. Assistenza nella vita domestica

Assistenza per cucinare, pulire, fare il bucato, fare la spesa, saldare le fatture; accompagnamento o trasporto a visite mediche, e così via.

Domanda D.4.1: Durante la scorsa settimana ha ricevuto assistenza per la vita domestica?

₁ No Passare alla domanda D.4.3

₂ Sì, ogni giorno ₃ Sì, ma non tutti i giorni

Domanda D.4.2: Durante la scorsa settimana chi Le ha prestato questa assistenza e per quante ore?

Può indicare il numero di ore al giorno (colonna 1) oppure per l'intera settimana (colonna 2). Ad esempio: $\frac{1}{4}$ d'ora, 1 ora e $\frac{3}{4}$, 5 ore ecc.

	al giorno	per l'intera settimana
<input type="checkbox"/> ₁ Assistenza prestata da persone che vivono nella Sua economia domestica :	✎ ore	✎ ore
<input type="checkbox"/> ₂ Assistenza gratuita prestata da persone che non vivono nella Sua economia domestica:	✎ ore	✎ ore
<input type="checkbox"/> ₃ Assistenza prestata da persone retribuite a questo scopo :	✎ ore	✎ ore
TOTALE	✎ ore	✎ ore

Domanda D.4.3: Durante lo scorso mese con quale frequenza Le è capitato, nella vita domestica, di non ricevere in tempo l'assistenza necessaria?

₁ mai ₂ una volta ₃ qualche volta ₄ sovente ₅ di continuo ₆ non so / nessuna risposta

D5. Assistenza nel tempo libero, relazioni sociali

Sostegno per praticare hobby, trasporto o accompagnamento in determinati luoghi e occasioni, trasporto o accompagnamento per incontrare conoscenti, e così via.

Domanda D.5.1: Durante la scorsa settimana ha ricevuto assistenza per gestire il Suo tempo libero?

₁ No Passare alla domanda D.5.3

₂ Sì, ogni giorno ₃ Sì, ma non tutti i giorni

Domanda D.5.2: Durante la scorsa settimana chi Le ha prestato questa assistenza e per quante ore?

Esempio: Poniamo che, la scorsa settimana, Lei si sia recata/o in un centro fitness. Per l'andata occorrono circa 15 minuti, altrettanti per il ritorno. È rimasta/o presso il centro durante 1 ora e $\frac{1}{2}$. Se, ha causa dell'handicap, ha avuto bisogno di assistenza solo per il trasporto, indichi $\frac{1}{2}$ ora. Se, invece, ha avuto bisogno di assistenza anche mentre si trovava presso il centro, indichi 2 ore.

Può indicare il numero di ore al giorno (colonna 1) oppure per l'intera settimana (colonna 2). Ad esempio: $\frac{1}{4}$ d'ora, 1 ora e $\frac{3}{4}$, 5 ore ecc.

	al giorno	per l'intera settimana
<input type="checkbox"/> ₁ Assistenza prestata da persone che vivono nella Sua economia domestica :	✎ ore	✎ ore
<input type="checkbox"/> ₂ Assistenza gratuita prestata da persone che non vivono nella Sua economia domestica:	✎ ore	✎ ore
<input type="checkbox"/> ₃ Assistenza prestata da persone retribuite a questo scopo :	✎ ore	✎ ore
TOTALE	✎ ore	✎ ore

Domanda D.5.3: Durante lo scorso mese con quale frequenza Le è capitato, nell'ambito delle attività che pratica durante il tempo libero, di non ricevere in tempo l'assistenza necessaria?

₁ mai ₂ una volta ₃ qualche volta ₄ sovente ₅ di continuo ₆ non so / nessuna risposta

D6. Assistenza con «lavoro», «formazione», «figli»

Assistenza (inclusi trasporto e comunicazione) di cui ha bisogno per esercitare un'attività remunerata, per occuparsi dei Suoi figli e educarli (accudire bambini piccoli, aiutare a fare i compiti, partecipare agli incontri per i genitori ecc.), per seguire una formazione (inclusi istruzione e apprendimento di nuove mansioni) o per esercitare un'attività di pubblica utilità.

Domanda D.6.1: Durante la scorsa settimana ha ricevuto assistenza per seguire una formazione, lavorare o occuparsi dei Suoi figli?

- ₁ No Passare alla domanda D.6.4
₂ Sì, ogni giorno ₃ Sì, ma non tutti i giorni

Domanda D.6.2: In quali ambiti ha ricevuto questa assistenza?

Indichi tutti gli ambiti che La riguardano.

- ₁ formazione ₂ lavoro ₃ figli

Domanda D.6.3: Durante la scorsa settimana chi Le ha prestato questa assistenza e per quante ore?

Può indicare il numero di ore al giorno (colonna 1) oppure per l'intera settimana (colonna 2). Ad esempio: $\frac{1}{4}$ d'ora, 1 ora e $\frac{3}{4}$, 5 ore ecc.

	al giorno	per l'intera settimana
<input type="checkbox"/> ₁ Assistenza prestata da persone che vivono nella Sua economia domestica : ore ore
<input type="checkbox"/> ₂ Assistenza gratuita prestata da persone che non vivono nella Sua economia domestica: ore ore
<input type="checkbox"/> ₃ Assistenza prestata da persone retribuite a questo scopo : ore ore
TOTALE ore ore

Domanda D.6.4: Durante lo scorso mese con quale frequenza Le è capitato, per seguire una formazione, lavorare o occuparsi dei Suoi figli, di non ricevere in tempo l'assistenza necessaria?

- ₁ mai ₂ una volta ₃ qualche volta ₄ sovente ₅ di continuo ₆ non so / nessuna risposta

D7. Presenza e sorveglianza diurne

Sorveglianza attiva durante il giorno (ad es. in caso di respirazione artificiale, se la persona costituisce un pericolo per sé o per gli altri, se la persona ha un comportamento iperattivo dovuto a una fase acuta). Lo scopo della presenza è, in primo luogo, controllare che vada tutto bene.

Domanda D.7.1: Ha bisogno della presenza / sorveglianza diurna di qualcuno che sia a Sua disposizione se Le occorre assistenza oppure che controlli regolarmente che tutto vada bene?

- ₁ No, (quasi) mai ₂ Sì, ma solo durante certe fasi ₃ Sì, (quasi) ogni giorno ₄ Non so
 Passare alla domanda D.8.1 Passare alla domanda D.7.2 Passare alla domanda D.7.3 Passare alla domanda D.8.1

Domanda D.7.2: Negli scorsi tre mesi per quanti giorni circa ha avuto bisogno, a causa di una fase acuta, di una presenza / sorveglianza diurna?

- ₁ di giorno, mai ₂ per giorni ₃ non so

Domanda D.7.3: Durante un giorno di presenza / sorveglianza, con quale frequenza ci si deve occupare di Lei?

- ₁ Solo episodicamente (ossia: solo in caso di bisogno)
₂ Regolarmente a intervalli di 2 ore o più
₃ Regolarmente a intervalli inferiori a 2 ore
₄ Costantemente durante tutto il giorno
₅ Con frequenza variabile: dipende molto dalla mia condizione
₆ Non so / nessuna risposta

Domanda D.7.4: In che misura le persone che La sorvegliano durante il giorno sono retribuite a questo scopo?

La presenza / sorveglianza diurna è garantita ...

- ₁ ... **(quasi) completamente** da persone **retribuite**
- ₂ ... **in larga parte** da persone **retribuite**
- ₃ ... per **la metà circa** da persone **retribuite**
- ₄ ... **in larga parte** da persone **non retribuite** (ad es. parenti o conoscenti)
- ₅ ... **(quasi) completamente** da persone **non retribuite** (ad es. parenti o conoscenti)
- ₆ Non so / nessuna risposta

Domanda D.7.5: Durante lo scorso mese con quale frequenza Le è capitato di non poter contare sulla presenza / sorveglianza diurna necessaria?

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| mai | un giorno solo | solo qualche giorno | molti giorni | (quasi) tutti i giorni | non so |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |

D8. Presenza e sorveglianza notturne



Servizio notturno (aiuto per cambiare posizione nel letto, sorveglianza ecc.). Lo scopo della presenza è, in primo luogo, controllare che vada tutto bene (ad es. in caso di respirazione artificiale).

Domanda D.8.1: Ha bisogno della presenza / sorveglianza notturna di qualcuno che sia a Sua disposizione se Le occorre assistenza oppure che controlli regolarmente che tutto vada bene?

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ No , (quasi) mai | <input type="checkbox"/> ₂ Sì , ma solo durante certe fasi | <input type="checkbox"/> ₃ Sì , (quasi) ogni giorno | <input type="checkbox"/> ₄ Non so |
| Passare alla domanda D.8.6 | Passare alla domanda D.8.2 | Passare alla domanda D.8.3 | Passare alla domanda D.8.6 |

Domanda D.8.2: Negli scorsi tre mesi per quanti giorni circa ha avuto bisogno, a causa di una fase acuta, di una presenza / sorveglianza notturna?

- ₁ di notte, mai ₂ per **notte** ₃ non so

Domanda D.8.3: Durante una notte di presenza / sorveglianza, con quale frequenza ci si deve occupare di Lei?

- ₁ Solo episodicamente (ossia: solo in caso di bisogno)
- ₂ Regolarmente a intervalli di 2 ore o più
- ₃ Regolarmente a intervalli inferiori a 2 ore
- ₄ Costantemente durante tutta la notte
- ₅ Con frequenza variabile: dipende molto dalla mia condizione
- ₆ Non so / nessuna risposta

Domanda D.8.4: In che misura le persone che La sorvegliano durante la notte sono retribuite a questo scopo?

La presenza / sorveglianza notturna è garantita ...

- ₁ ...**(quasi) completamente** da persone **retribuite**
- ₂ ... **in larga parte** da persone **retribuite**
- ₃ ... per **la metà circa** da persone **retribuite**
- ₄ ... **in larga parte** da persone **non retribuite** (ad es. persone con le quali vive, parenti ecc.)
- ₅ ...**(quasi) completamente** da persone **non retribuite** (ad es. persone con le quali vive, parenti ecc.)
- ₆ Non so / nessuna risposta

Domanda D.8.5: Durante lo scorso mese con quale frequenza Le è capitato di non poter contare sulla presenza / sorveglianza notturna necessaria?

mai ₁ una sola notte ₂ solo qualche notte ₃ molte notti ₄ (quasi) tutte le notti ₅ non so ₆

Domanda D.8.6: In che misura è soddisfatta/o, globalmente, della Sua situazione per quanto riguarda assistenza e cure?

 ₁  ₂  ₃  ₄  ₅

Parte E: Spese dovute all'handicap e sostenute in proprio

«Sostenute in proprio» significa che Lei paga le prestazioni di aiuto con i mezzi finanziari di cui dispone (ossia reddito, rendita AI, assegno per grandi invalidi, prestazione complementare annuale [PC] oppure risparmi).

L'assistenza e le «spese di malattia e d'invalidità» che sono coperte dalla cassa malati o dalla PC su presentazione delle fatture, pertanto, **non** fanno parte delle prestazioni sostenute in proprio!

Domanda E.1: A quanto ammontano le spese sostenute in proprio per servizi, prestazioni di aiuto e mezzi ausiliari dovuti all'handicap?

₀ **Nulla**, non sostengo in proprio alcuna spesa dovuta al mio handicap ➡ *Passare alla domanda E.2*

La preghiamo di indicare, nella seguente tabella, le spese dovute all'handicap e sostenute in proprio.
 Per ogni voce di spesa, può indicare le spese mensili oppure le spese annuali.
 Se non conosce l'importo esatto, indichi una cifra approssimativa!

		spese mensili sostenute in proprio	spese annuali sostenute in proprio
Soggiorni a pagamento dovuti all'handicap, in strutture protette			
<input type="checkbox"/> ₁	Soggiorno in istituto	✍ fr.	✍ fr.
<input type="checkbox"/> ₂	Soggiorni in centri diurni / laboratori	✍ fr.	✍ fr.
<input type="checkbox"/> ₃	Soggiorni in altre strutture protette: ✍	✍ fr.	✍ fr.
Aiuti o servizi dovuti all'handicap			
<input type="checkbox"/> ₄	Spitex, organizzazioni analoghe	✍ fr.	✍ fr.
<input type="checkbox"/> ₅	Servizi di trasporto	✍ fr.	✍ fr.
<input type="checkbox"/> ₆	Servizi di interpretariato	✍ fr.	✍ fr.
<input type="checkbox"/> ₇	Persone impiegate o incaricate privatamente	✍ fr.	✍ fr.
Altre spese dovute all'handicap			
<input type="checkbox"/> ₈	Retribuzione simbolica (ad es.: invito a pranzo, mancia) di persone che Le prestano un'assistenza gratuita	✍ fr.	✍ fr.
<input type="checkbox"/> ₉	Spese regolari per mezzi ausiliari	✍ fr.	✍ fr.
<input type="checkbox"/> ₁₀	Farmaci e visite mediche <u>non</u> coperti dalla cassa malati	✍ fr.	✍ fr.
<input type="checkbox"/> ₁₁	Adesione e partecipazione ad associazioni di assistenza alle persone invalide	✍ fr.	✍ fr.
<input type="checkbox"/> ₁₂	Altre spese dovute all'handicap: ✍	✍ fr.	✍ fr.
<input type="checkbox"/> ₁₃	Altre spese dovute all'handicap: ✍	✍ fr.	✍ fr.
Totale delle spese dovute all'handicap		✍ fr.	✍ fr.

Domanda E.2: Durante lo scorso mese con quale frequenza Le è capitato, per motivi finanziari, di rinunciare all'acquisto di prestazioni di aiuto dovute all'handicap?

₁ mai ₂ una volta ₃ qualche volta ₄ sovente ₅ di continuo ₆ non so / nessuna risposta

Parte F: Conclusione

Domanda F.1: Frequenta regolarmente un centro diurno o un laboratorio protetto?

- ₁ No ➡ Passare alla domanda F.3
₂ Sì

Domanda F.2: Oltre alla retta di base, deve versare a questo centro diurno o laboratorio una parte del Suo assegno per grandi invalidi?

- ₁ No ₂ Sì ₃ Non so

Domanda F.3: Durante lo scorso mese ha ricevuto cure di base, coperte dalla cassa malati, nel quadro di Spitex o da parte di altro personale curante?

- ₁ No ➡ Passare alla domanda F.5
₂ Sì

Domanda F.4: La Sua cassa malati riduce il rimborso delle prestazioni fatturandole il Suo assegno per grandi invalidi (completamente o in parte)?

- ₁ No ₂ Sì ₃ Non so

Domanda F.5: Oltre a un'eventuale PC annuale, riceve prestazioni complementari per «spese di malattia e d'invalidità»? Se sì: quale importo annuale, circa?

- ₁ No ➡ Passare alla domanda F.7
₂ Sì, più di 25'000 fr./anno, **annualmente circa:** ✎fr. ➡ Passare alla domanda F.7
₃ Sì, meno di 25'000 fr./anno, **annualmente circa:** ✎fr.
₄ Non so ➡ Passare alla domanda F.7

Domanda F.6: Nel calcolo delle prestazioni complementari per «spese di malattia e d'invalidità» viene conteggiato il Suo assegno per grandi invalidi (completamente o in parte)?

- ₁ No ₂ Sì ₄ Non so

Domanda F.7: Ha una/un curatrice/tore o una/un tutrice/tore?

- ₁ Non ho né una/un curatrice/tore né una tutrice/tore.
₂ Ho una curatrice/tore.
₃ Ho una tutrice/tore.

Domanda F.8: Chi ha compilato il questionario?

- ₁ La persona che riceve l'assegno per grandi invalidi.
₂ La persona che riceve l'assegno per grandi invalidi, assistita da una persona di fiducia.
₃ Una persona di fiducia della persona che riceve l'assegno per grandi invalidi.

Il questionario è finito. La ringraziamo per la Sua preziosa collaborazione.

Per preservare il Suo anonimato, stacchi dal questionario la **prima pagina, ossia la lettera di presentazione (ma solo quella)**, e lo ritorni (senza la prima pagina) con la busta allegata, già affrancata, entro il **13 luglio 2012** a Büro BASS.

La ringraziamo per il tempo che ha dedicato al nostro questionario!
 A nome dell'intera squadra di ricerca, Le auguro buona continuazione.

Jürg Guggisberg,
 direttore di progetto Büro BASS

Questionario per beneficiari adulti di un AGI che vivono in istituto

Parte A: Situazione abitativa

Domanda A.1: Lei abita (per lo più) in un istituto o in una struttura analoga: è esatto?

- i** Con «istituto» o «struttura analoga» ci riferiamo a case per persone invalide, case per persone anziane, convitti, appartamenti protetti, ospedali, cliniche e tutte le altre strutture protette nelle quali è possibile trascorrere la notte.
- ₁ **È esatto**, trascorro la notte sempre (o principalmente) in un istituto.
- ₂ **Non è esatto**, trascorro la notte sempre (o principalmente) in un alloggio privato.
- ➡ *In tal caso occorre compilare un altro questionario. La preghiamo di prendere contatto con noi: Le faremo pervenire il questionario adatto alla Sua situazione.*

Domanda A.2: Di che istituto si tratta?

- i** Se Lei vive in diversi istituti, risponda riferendosi all'istituto nel quale pernotta più sovente.

Una sola risposta.

- ₁ casa per persone invalide ₂ casa per persone anziane
- ₃ appartamento protetto ₄ ospedale / clinica
- ₅ strutture analoghe, **ossia:** ✎

Domanda A.3: Da quando vive (sempre o in prevalenza) in un istituto (e non in un alloggio privato)?

Indichi l'anno, ad es. «1999».

Dal: ✎

Domanda A.4: Vive sempre in un istituto oppure Le capita anche di trascorrere la notte in un alloggio privato (ad es. determinati giorni la settimana, determinati fine settimana oppure per ferie)?

- i** Le notti trascorse fuori dall'istituto non contano se avvengono nel quadro di gite o ferie organizzate e accompagnate dal personale dell'istituto.
- ₁ Non trascorro (praticamente) mai la notte in un alloggio privato. ➡ *Passare alla domanda A.9*
- ₂ Talvolta trascorro la notte in un alloggio privato.

Domanda A.5: Nell'alloggio dove talvolta trascorre la notte vivono anche altre persone?

- i** Se Le capita di trascorrere la notte in alloggi diversi, risponda riferendosi all'alloggio nel quale si trova più sovente.

Più risposte sono possibili.

- ₁ nessuno ₂ madre/padre ₃ compagna/o ₄ fratelli/sorelle
- ₅ altre/i parenti ₆ famiglia affidataria ₇ colleghe/i, conoscenti, amiche/ci
- ₈ altre persone, **con le quali i miei rapporti sono i seguenti:** ✎

Domanda A.6: Nel corso della settimana (ad es. durante il fine settimana) trascorre regolarmente la notte fuori dall'istituto, in un alloggio privato? Se sì: con quale frequenza (settimanale o mensile)?

Se trascorre la notte fuori dall'istituto (quasi) ogni settimana, indichi il numero di notti per settimana. In caso contrario, indichi il numero di notti al mese.

- ₁ **No**, su base settimanale non mi capita di trascorrere la notte regolarmente fuori dall'istituto.
- ₂ **Sì**, ogni **settimana** per lo più ~~.....~~ **notti**
- ₃ **Sì**, ogni **mese** per lo più ~~.....~~ **notti**

Domanda A.7: Le capita di trascorrere regolarmente ferie al di fuori dell'istituto, in occasione delle quali passa la notte in un alloggio privato?

- ₁ **No**
- ₂ **Sì**, circa ~~.....~~ **settimane** all'anno

Domanda A.8: Vi sono altri pernottamenti irregolari fuori dall'istituto che non ha già indicato nelle risposte precedenti? Se sì: di quante notti all'anno si tratta, all'incirca?

- ₁ **No**
- ₂ **Sì**, circa ~~.....~~ **notti** all'anno

Domanda A.9: Perché vive in un istituto e non in un alloggio privato? Indichi in che misura le seguenti affermazioni corrispondono al Suo caso.

Una risposta per ogni riga.

	no	piuttosto no	piuttosto sì	sì	non so
(A) Per le cure e l'assistenza , ad es.: le cure e l'assistenza personale di cui ho bisogno non mi permettono di vivere altrove che in un istituto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(B) Per l'occupazione , ad es.: all'interno dell'istituto la mia giornata è strutturata in modo chiaro. Fuori dall'istituto non saprei cosa fare.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(C) Per motivi familiari , ad es.: non ho la possibilità di vivere presso parenti o conoscenti. Non posso, o non voglio, vivere da sola/o. Oppure: le cure e l'assistenza di cui ho bisogno sarebbero per i miei parenti un onere eccessivo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(D) Per motivi finanziari , ad es.: non potrei finanziare la vita altrove che in un istituto, oppure ciò mi metterebbe in una cattiva situazione finanziaria.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(E) Per motivi personali , ad es.: rispetto alla vita altrove, preferisco la vita in un istituto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(F) Per altri motivi:					

Domanda A.10: Dei motivi elencati nella domanda precedente, qual è il più importante ai Suoi occhi?

Una sola risposta.

- ₁ (A) ₂ (B) ₃ (C) ₄ (D) ₅ (E) ₆ (F) ₇ Non so / Non saprei dire

Domanda A.11: Prende in considerazione l'eventualità di lasciare l'istituto e di vivere altrove? Indichi in che misura le seguenti affermazioni corrispondono al Suo caso.

Una risposta per ogni riga.

	no	piuttosto no	piuttosto sì	sì	non so
Il mio stato di salute è così grave che non posso prendere in considerazione l'eventualità di vivere altrove.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Con ogni probabilità il mio stato di salute peggiorerà: per questo motivo non prendo in considerazione l'eventualità di vivere altrove.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
In linea di massima, il mio stato di salute mi permetterebbe di vivere fuori dall'istituto. Tuttavia, non prendo in considerazione l'eventualità di vivere sola/o o con altre persone in un alloggio privato.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Mi sono abituata/o a vivere in istituto e non riuscirei a immaginarmi di vivere altrove.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Di tanto in tanto prendo in considerazione l'eventualità di vivere sola/o o con altre persone in un alloggio privato.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Mi piacerebbe lasciare l'istituto per vivere sola/o o con altre persone in un alloggio privato.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Prevedo di lasciare l'istituto in un prossimo futuro, per vivere sola/o o con altre persone in un alloggio privato.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
In questo istituto mi trovo bene: in questo momento, perciò, non prendo in considerazione l'eventualità di vivere altrove.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Se potessi vivere con parenti o conoscenti, lascerei l'istituto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Se disponessi di mezzi finanziari maggiori lascerei l'istituto per vivere in un alloggio individuale o in un alloggio comune.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Domanda A.12: In che misura è soddisfatta/o della Sua situazione abitativa?



Parte B: Occupazione e tempo libero

Domanda B.1: Indichi quali sono le Sue occupazioni regolari. Per quanti giorni e quante ore la settimana?

attività	Quanti giorni la settimana?	Quante ore la settimana?
<input type="checkbox"/> ₀ Non pratico alcuna delle seguenti attività.		
<input type="checkbox"/> ₁ Sono occupata/o in un laboratorio o in un centro diurno interno all'istituto	<input type="text"/> ore	<input type="text"/> ore
<input type="checkbox"/> ₂ Sono occupata/o in un laboratorio o in un centro diurno esterno all'istituto	<input type="text"/> ore	<input type="text"/> ore
<input type="checkbox"/> ₃ Partecipo a un programma di integrazione professionale (centro d'integrazione, centro di formazione, training professionale, provvedimento di reinserimento, mentorato professionale ecc.).	<input type="text"/> ore	<input type="text"/> ore
<input type="checkbox"/> ₄ Esercito un'attività retribuita (posto di lavoro non protetto).	<input type="text"/> ore	<input type="text"/> ore
<input type="checkbox"/> ₅ Esercito un'attività retribuita indipendente.	<input type="text"/> ore	<input type="text"/> ore
<input type="checkbox"/> ₇ Pratico regolarmente volontariato / attività di pubblica utilità.	<input type="text"/> ore	<input type="text"/> ore
<input type="checkbox"/> ₈ Seguo un apprendistato, frequento una scuola professionale.	<input type="text"/> ore	<input type="text"/> ore
<input type="checkbox"/> ₉ Frequento una scuola di commercio, un liceo, una scuola universitaria.	<input type="text"/> ore	<input type="text"/> ore
<input type="checkbox"/> ₁₀ Frequento un centro di formazione per persone disabili.	<input type="text"/> ore	<input type="text"/> ore
<input type="checkbox"/> ₁₁ Altre attività: quali? In che tipo di struttura? <input type="text"/>	<input type="text"/> ore	<input type="text"/> ore

Domanda B.2: In che misura è soddisfatta/o delle Sue occupazioni?



Domanda B.3: Come occupa il Suo tempo libero? Con quale frequenza svolge le seguenti attività?

<i>Una risposta per ogni riga.</i>	ogni giorno	più volte la setti- mana	circa una volta la settimana	una o più volte al mese	meno di una volta al mese	mai	non so
Incontrare amiche/ci, conoscenti, colleghe/i	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅	<input type="checkbox"/> ₀₆	<input type="checkbox"/> ₀₇
Leggere (libri, giornali ecc.)	<input type="checkbox"/> ₁₁	<input type="checkbox"/> ₁₂	<input type="checkbox"/> ₁₃	<input type="checkbox"/> ₁₄	<input type="checkbox"/> ₁₅	<input type="checkbox"/> ₁₆	<input type="checkbox"/> ₁₇
Passeggiare	<input type="checkbox"/> ₂₁	<input type="checkbox"/> ₂₂	<input type="checkbox"/> ₂₃	<input type="checkbox"/> ₂₄	<input type="checkbox"/> ₂₅	<input type="checkbox"/> ₂₆	<input type="checkbox"/> ₂₇
Frequentare un ritrovo pubblico (bar, ristorante ecc.)	<input type="checkbox"/> ₃₁	<input type="checkbox"/> ₃₂	<input type="checkbox"/> ₃₃	<input type="checkbox"/> ₃₄	<input type="checkbox"/> ₃₅	<input type="checkbox"/> ₃₆	<input type="checkbox"/> ₃₇
Bricolage, lavori manuali, giardinaggio	<input type="checkbox"/> ₄₁	<input type="checkbox"/> ₄₂	<input type="checkbox"/> ₄₃	<input type="checkbox"/> ₄₄	<input type="checkbox"/> ₄₅	<input type="checkbox"/> ₄₆	<input type="checkbox"/> ₄₇
Praticare sport (da sola/o o con altre persone)	<input type="checkbox"/> ₅₁	<input type="checkbox"/> ₅₂	<input type="checkbox"/> ₅₃	<input type="checkbox"/> ₅₄	<input type="checkbox"/> ₅₅	<input type="checkbox"/> ₅₆	<input type="checkbox"/> ₅₇
Navigare in internet	<input type="checkbox"/> ₆₁	<input type="checkbox"/> ₆₂	<input type="checkbox"/> ₆₃	<input type="checkbox"/> ₆₄	<input type="checkbox"/> ₆₅	<input type="checkbox"/> ₆₆	<input type="checkbox"/> ₆₇
Cinema, discoteca, teatro, manifestazioni sportive, esposizioni ecc.	<input type="checkbox"/> ₇₁	<input type="checkbox"/> ₇₂	<input type="checkbox"/> ₇₃	<input type="checkbox"/> ₇₄	<input type="checkbox"/> ₇₅	<input type="checkbox"/> ₇₆	<input type="checkbox"/> ₇₇
Suonare uno strumento, cantare	<input type="checkbox"/> ₈₁	<input type="checkbox"/> ₈₂	<input type="checkbox"/> ₈₃	<input type="checkbox"/> ₈₄	<input type="checkbox"/> ₈₅	<input type="checkbox"/> ₈₆	<input type="checkbox"/> ₈₇
Seguire corsi (ad es. di lingua, di cucina, di artigianato)	<input type="checkbox"/> ₉₁	<input type="checkbox"/> ₉₂	<input type="checkbox"/> ₉₃	<input type="checkbox"/> ₉₄	<input type="checkbox"/> ₉₅	<input type="checkbox"/> ₉₆	<input type="checkbox"/> ₉₇
Gite, viaggi	<input type="checkbox"/> _{x1}	<input type="checkbox"/> _{x2}	<input type="checkbox"/> _{x3}	<input type="checkbox"/> _{x4}	<input type="checkbox"/> _{x5}	<input type="checkbox"/> _{x6}	<input type="checkbox"/> _{x7}

Domanda B.4: In che misura è soddisfatta/o delle attività che pratica nel tempo libero?**Parte C: Rapporto con familiari, amici e conoscenti****Domanda C.1: Ha una/un compagno?**

- ₁ **No** ₂ **Si, vive nel mio stesso istituto.** ₃ **Si, non vive nel mio istituto.** ₄ **Non desidero rispondere**

Domanda C.2: Con quante persone di queste cerchie è in relazioni buone e strette?

<i>Una risposta per ogni riga.</i>	Quante persone?						
	nessuno	1	2	3-5	6-10	>10	non so
Relazioni buone e strette con parenti che non abitano nel Suo istituto	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Relazioni buone e strette con amiche/ci che non abitano nel Suo istituto	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Relazioni buone e strette con amiche/ci che abitano nel Suo istituto	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Relazioni buone e strette con colleghe/i e conoscenti che non abitano nel Suo istituto	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Relazioni buone e strette con colleghe/i e conoscenti che abitano nel Suo istituto	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Domanda C.3: Con quale frequenza incontra parenti, amici o conoscenti che non vivono nel Suo istituto?

Non importa il luogo in cui incontra queste persone: può essere tanto all'interno quanto all'esterno dell'istituto.

Una risposta per ogni riga.

	ogni giorno	più volte la settimana	circa una volta la settimana	una o più volte al mese	meno di una volta al mese	mai	non so
Parenti	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Amiche/ci, colleghe/i o conoscenti <u>non portatori di handicap</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Amiche/ci, colleghe/i o conoscenti <u>portatori di handicap</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Domanda C.4: Con quale frequenza ricorre ai seguenti mezzi di comunicazione?

Una risposta per ogni riga.

	ogni giorno	più volte la setti- mana	circa una volta la settimana	una o più volte al me- se	meno di una volta al mese	mai	non so
Telefono	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
SMS/MMS	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
E-mail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Chat o servizi di rete sociale (ad es. Facebook)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Domanda C.5: Con quale frequenza Le capita di sentirsi sola/o?

₁ molto spesso ₂ abbastanza spesso ₃ talvolta ₄ raramente ₅ mai ₆ non so

Domanda C.6: In che misura è soddisfatta/o dei Suoi rapporti con familiari, amici e conoscenti?**Domanda C.7: Durante lo scorso mese con quale frequenza Le è capitato, per motivi finanziari, di rinunciare a incontrare una/un sua/o conoscente?**

₁ mai ₂ una volta ₃ qualche volta ₄ sovente ₅ di continuo ₆ non so / nessuna risposta

Parte D: Assistenza dovuta all'handicap



Lei beneficia di un assegno per grandi invalidi poiché, a causa dei Suoi problemi di salute, **in determinate situazioni della vita** ha bisogno di **assistenza da parte di altre persone**. Nelle seguenti domande ci riferiamo a questo e a simili tipi di aiuto parlando semplicemente di "assistenza".

Domanda D.1: Nei seguenti ambiti, con quale frequenza ha bisogno di un'assistenza prestata da altre persone?

Una risposta per ogni riga.

	ogni giorno	più volte la settimana	circa una volta la settimana	una o più volte al mese	meno di una volta al mese	mai	non so
<u>Atti ordinari della vita e cure</u> Assistenza per vestirsi, svestirsi, alzarsi, sedersi, sdraiarsi, mangiare, prendersi cura del corpo (ad es. fare una doccia), espletare i bisogni fisiologici ecc.; cure di base e cure medico-infermieristiche	<input type="checkbox"/> ₁₁	<input type="checkbox"/> ₁₂	<input type="checkbox"/> ₁₃	<input type="checkbox"/> ₁₄	<input type="checkbox"/> ₁₅	<input type="checkbox"/> ₁₆	<input type="checkbox"/> ₁₇
<u>Vita domestica</u> Assistenza per cucinare, pulire, fare il bucato, fare la spesa, saldare le fatture; accompagnamento / trasporto a visite mediche ecc.	<input type="checkbox"/> ₂₁	<input type="checkbox"/> ₂₂	<input type="checkbox"/> ₂₃	<input type="checkbox"/> ₂₄	<input type="checkbox"/> ₂₅	<input type="checkbox"/> ₂₆	<input type="checkbox"/> ₂₇
<u>Tempo libero, relazioni sociali</u> Sostegno per praticare hobby, accompagnamento / trasporto in determinati luoghi e occasioni, incontro con conoscenti ecc.	<input type="checkbox"/> ₃₁	<input type="checkbox"/> ₃₂	<input type="checkbox"/> ₃₃	<input type="checkbox"/> ₃₄	<input type="checkbox"/> ₃₅	<input type="checkbox"/> ₃₆	<input type="checkbox"/> ₃₇
<u>Lavoro e formazione</u> Assistenza per praticare un lavoro o seguire una formazione (ad es. accompagnamento / trasporto sul posto di lavoro)	<input type="checkbox"/> ₄₁	<input type="checkbox"/> ₄₂	<input type="checkbox"/> ₄₃	<input type="checkbox"/> ₄₄	<input type="checkbox"/> ₄₅	<input type="checkbox"/> ₄₆	<input type="checkbox"/> ₄₇
<u>Presenza e sorveglianza diurne</u> Ad es. presenza in caso di respirazione artificiale oppure se la persona costituisce un pericolo per sé o per gli altri, necessità di controllare che vada tutto bene	<input type="checkbox"/> ₅₁	<input type="checkbox"/> ₅₂	<input type="checkbox"/> ₅₃	<input type="checkbox"/> ₅₄	<input type="checkbox"/> ₅₅	<input type="checkbox"/> ₅₆	<input type="checkbox"/> ₅₇
<u>Presenza e sorveglianza notturne</u> Ad es. presenza in caso di respirazione artificiale, aiuto per cambiare posizione nel letto, necessità di controllare che vada tutto bene	<input type="checkbox"/> ₆₁	<input type="checkbox"/> ₆₂	<input type="checkbox"/> ₆₃	<input type="checkbox"/> ₆₄	<input type="checkbox"/> ₆₅	<input type="checkbox"/> ₆₆	<input type="checkbox"/> ₆₇

Assistenza gratuita

Domanda D.2: Con quale frequenza le seguenti persone Le prestano un'assistenza gratuita?



Con «**assistenza gratuita**» ci riferiamo all'assistenza prestata da una persona **non retribuita** a questo scopo, né da Lei né da altri. Mance e piccoli regali non sono considerati una retribuzione.

<i>Una risposta per ogni riga.</i>	ogni giorno	più volte la settimana	circa una volta la settimana	più volte al mese	circa una volta al mese	meno di una volta al mese	mai
Altre/i abitanti dell'istituto	<input type="checkbox"/> ₁₁	<input type="checkbox"/> ₁₂	<input type="checkbox"/> ₁₃	<input type="checkbox"/> ₁₄	<input type="checkbox"/> ₁₅	<input type="checkbox"/> ₁₆	<input type="checkbox"/> ₁₇
Persone che <u>non</u> vivono nell'istituto:							
Parenti	<input type="checkbox"/> ₂₁	<input type="checkbox"/> ₂₂	<input type="checkbox"/> ₂₃	<input type="checkbox"/> ₂₄	<input type="checkbox"/> ₂₅	<input type="checkbox"/> ₂₆	<input type="checkbox"/> ₂₇
Amiche/ci non parenti	<input type="checkbox"/> ₃₁	<input type="checkbox"/> ₃₂	<input type="checkbox"/> ₃₃	<input type="checkbox"/> ₃₄	<input type="checkbox"/> ₃₅	<input type="checkbox"/> ₃₆	<input type="checkbox"/> ₃₇
Colleghe/i di lavoro	<input type="checkbox"/> ₄₁	<input type="checkbox"/> ₄₂	<input type="checkbox"/> ₄₃	<input type="checkbox"/> ₄₄	<input type="checkbox"/> ₄₅	<input type="checkbox"/> ₄₆	<input type="checkbox"/> ₄₇
Persone che prestano volontariato	<input type="checkbox"/> ₅₁	<input type="checkbox"/> ₅₂	<input type="checkbox"/> ₅₃	<input type="checkbox"/> ₅₄	<input type="checkbox"/> ₅₅	<input type="checkbox"/> ₅₆	<input type="checkbox"/> ₅₇
Altre persone non retribuite:							
.....	<input type="checkbox"/> ₆₁	<input type="checkbox"/> ₆₂	<input type="checkbox"/> ₆₃	<input type="checkbox"/> ₆₄	<input type="checkbox"/> ₆₅	<input type="checkbox"/> ₆₆	<input type="checkbox"/> ₆₇
.....							

Domanda D.3: Quando ricorre a un'assistenza gratuita? Quando si trova in istituto o piuttosto quando si trova altrove (ad es. ferie o soggiorni presso parenti)?

- ₁ (Quasi) esclusivamente quando mi trovo in istituto
- ₂ In larga misura quando mi trovo in istituto
- ₃ Metà metà
- ₄ In larga misura quando non mi trovo in istituto
- ₅ (Quasi) esclusivamente quando non mi trovo in istituto
- ₆ Non so

Assistenza a pagamento

Domanda D.4: Con quale frequenza le seguenti persone o organizzazioni Le prestano assistenza o servizi a pagamento?

«A pagamento» significa che questa assistenza o questi servizi sono prestati da persone o organizzazioni retribuite a questo scopo (da Lei o da altri).



Non tenga conto dell'assistenza prestata dalle/dai collaboratrici/tori del Suo istituto e del Suo centro o laboratorio diurno.

Una risposta per ogni riga.

	ogni giorno	più volte la settimana	circa una volta la settimana	più volte al mese	circa una volta al mese	meno di una volta al mese	mai
Spitex o organizzazioni analoghe	<input type="checkbox"/> ₃₁	<input type="checkbox"/> ₃₂	<input type="checkbox"/> ₃₃	<input type="checkbox"/> ₃₄	<input type="checkbox"/> ₃₅	<input type="checkbox"/> ₃₅	<input type="checkbox"/> ₃₅
Servizi di trasporto	<input type="checkbox"/> ₄₁	<input type="checkbox"/> ₄₂	<input type="checkbox"/> ₄₃	<input type="checkbox"/> ₄₄	<input type="checkbox"/> ₄₅	<input type="checkbox"/> ₄₅	<input type="checkbox"/> ₄₅
Servizi di interpretariato	<input type="checkbox"/> ₅₁	<input type="checkbox"/> ₅₂	<input type="checkbox"/> ₅₃	<input type="checkbox"/> ₅₄	<input type="checkbox"/> ₅₅	<input type="checkbox"/> ₅₅	<input type="checkbox"/> ₅₅
Persone impiegate o incaricate privatamente	<input type="checkbox"/> ₆₁	<input type="checkbox"/> ₆₂	<input type="checkbox"/> ₆₃	<input type="checkbox"/> ₆₄	<input type="checkbox"/> ₆₅	<input type="checkbox"/> ₆₅	<input type="checkbox"/> ₆₅
Altre: ✎.....	<input type="checkbox"/> ₇₁	<input type="checkbox"/> ₇₂	<input type="checkbox"/> ₇₃	<input type="checkbox"/> ₇₄	<input type="checkbox"/> ₇₅	<input type="checkbox"/> ₇₅	<input type="checkbox"/> ₇₅
Altre: ✎.....	<input type="checkbox"/> ₈₁	<input type="checkbox"/> ₈₂	<input type="checkbox"/> ₈₃	<input type="checkbox"/> ₈₄	<input type="checkbox"/> ₈₅	<input type="checkbox"/> ₈₅	<input type="checkbox"/> ₈₅

Domanda D.5: Quando ricorre a un'assistenza a pagamento? Quando si trova in istituto o piuttosto quando si trova altrove (ad es. ferie o soggiorni presso parenti)?



Non tenga conto dell'assistenza prestata dalle/dai collaboratrici/tori del Suo istituto e del Suo centro o laboratorio diurno.

- ₁ (Quasi) esclusivamente quando mi trovo in istituto
- ₂ In larga misura quando mi trovo in istituto
- ₃ Metà metà
- ₄ In larga misura quando non mi trovo in istituto
- ₅ (Quasi) esclusivamente quando non mi trovo in istituto
- ₆ Non so

Domanda D.6: Se paragona l'assistenza a pagamento (domanda D.4) con l'assistenza gratuita (domanda D.2), quale delle seguenti affermazioni corrisponde al Suo caso?



Non tenga conto dell'assistenza prestata dalle/dai collaboratrici/tori del Suo istituto e del Suo centro o laboratorio diurno.

- ₁ Rispetto all'assistenza a pagamento, l'assistenza gratuita che ricevo è **di gran lunga maggiore**
- ₂ Rispetto all'assistenza a pagamento, l'assistenza gratuita che ricevo è **maggiore**
- ₃ La **metà** circa dell'assistenza che ricevo è gratuita
- ₄ Rispetto all'assistenza a pagamento, l'assistenza gratuita che ricevo è **minore**
- ₅ Rispetto all'assistenza a pagamento, l'assistenza gratuita che ricevo è **di gran lunga minore**
- ₆ Il paragone non è possibile
- ₇ Non so

Spese dovute all'handicap e sostenute in proprio

Domanda D.7: A quanto ammontano le spese sostenute in proprio per servizi, prestazioni di aiuto e mezzi ausiliari dovuti all'handicap?

«**Sostenute in proprio**» significa che Lei paga le prestazioni di aiuto con i mezzi finanziari di cui dispone (ossia reddito, rendita AI, assegno per grandi invalidi, prestazione complementare annuale [PC] oppure risparmi).



L'assistenza e le «spese di malattia e d'invalidità» che sono coperte dalla cassa malati o dalla PC su presentazione delle fatture, pertanto, **non** fanno parte delle prestazioni sostenute in proprio!

Se non conosce l'importo esatto, indichi una cifra approssimativa!

Per ogni voce di spesa, può indicare le spese mensili oppure le spese annuali.

	spese mensili sostenute in proprio	spese annuali sostenute in proprio
Soggiorni a pagamento dovuti all'handicap, in strutture protette		
<input type="checkbox"/> ₁ Retta dell'istituto	<input type="checkbox"/> fr.	<input type="checkbox"/> fr.
<input type="checkbox"/> ₂ Soggiorni in centri diurni / laboratori	<input type="checkbox"/> fr.	<input type="checkbox"/> fr.
<input type="checkbox"/> ₃ Soggiorni in altre strutture protette: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> fr.	<input type="checkbox"/> fr.
Aiuti o servizi dovuti all'handicap		
<input type="checkbox"/> ₄ Prestazioni supplementari dell'istituto che Le sono fatturate <u>oltre all'importo della retta</u>	<input type="checkbox"/> fr.	<input type="checkbox"/> fr.
<input type="checkbox"/> ₅ Spitex, organizzazioni analoghe	<input type="checkbox"/> fr.	<input type="checkbox"/> fr.
<input type="checkbox"/> ₆ Servizi di trasporto	<input type="checkbox"/> fr.	<input type="checkbox"/> fr.
<input type="checkbox"/> ₇ Servizi di interpretariato	<input type="checkbox"/> fr.	<input type="checkbox"/> fr.
<input type="checkbox"/> ₈ Persone impiegate o incaricate privatamente	<input type="checkbox"/> fr.	<input type="checkbox"/> fr.
Altre spese dovute all'handicap		
<input type="checkbox"/> ₉ Retribuzione simbolica (ad es.: invito a pranzo, mancia) di persone che Le prestano un'assistenza gratuita	<input type="checkbox"/> fr.	<input type="checkbox"/> fr.
<input type="checkbox"/> ₁₀ Spese regolari per mezzi ausiliari	<input type="checkbox"/> fr.	<input type="checkbox"/> fr.
<input type="checkbox"/> ₁₁ Farmaci e visite mediche <u>non</u> coperti dalla cassa malati	<input type="checkbox"/> fr.	<input type="checkbox"/> fr.
<input type="checkbox"/> ₁₃ Adesione e partecipazione ad associazioni di assistenza alle persone disabili	<input type="checkbox"/> fr.	<input type="checkbox"/> fr.
<input type="checkbox"/> ₁₃ Altre spese dovute all'handicap: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> fr.	<input type="checkbox"/> fr.
<input type="checkbox"/> ₁₄ Altre spese dovute all'handicap: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> fr.	<input type="checkbox"/> fr.
Totale delle spese dovute all'handicap	<input type="checkbox"/> fr.	<input type="checkbox"/> fr.

Domanda D.8: Durante lo scorso mese con quale frequenza Le è capitato, per motivi finanziari, di rinunciare all'acquisto di prestazioni di aiuto dovute all'handicap?

- ₁ mai ₂ una volta ₃ qualche volta ₄ sovente ₅ di continuo ₆ non so / nessuna risposta

Domanda D.9: Durante lo scorso mese ha ricevuto da parenti o amiche/ci un contributo per migliorare la Sua situazione finanziaria?

- ₁ No ₂ Sì, importo del contributo: ✎ fr.

Domanda D.10: In che misura è soddisfatta/o dei mezzi finanziari a Sua libera disposizione?



Domanda D.11: In che misura è soddisfatta/o, globalmente, della Sua situazione per quanto riguarda assistenza e cure?



Parte E: Conclusione

Domanda E.1: Oltre alla retta di base, il Suo istituto Le fattura anche l'assegno per grandi invalidi?

i Se non sa rispondere, chieda a una collaboratrice o un collaboratore dell'istituto.

- ₁ Sì, tutto l'assegno ₂ Sì, ma solo una parte dell'assegno ₃ No ₄ Non so
- ➡ Passare alla domanda E.3 ➡ Passare alla domanda E.3

Domanda E.2: L'assegno per grandi invalidi Le è fatturato per tutti i giorni del mese oppure solo per i giorni che valgono, secondo il regolamento interno, come soggiorno effettivo nell'istituto?

i Se non sa rispondere, chieda a una collaboratrice o un collaboratore dell'istituto.

- ₁ Per tutti i giorni ₂ Solo per i giorni di soggiorno effettivo ₃ Non so

Domanda E.3: Oltre a un'eventuale PC annuale, riceve prestazioni complementari per «spese di malattia e d'invalidità»? Se sì: quale importo annuale, circa?

- ₁ Sì, circa ✎fr. all'anno
- ₂ No ➡ Passare alla domanda E.5
- ₃ Non so ➡ Passare alla domanda E.5

Domanda E.4: Nel calcolo delle prestazioni complementari per «spese di malattia e d'invalidità» viene conteggiato il Suo assegno per grandi invalidi (completamente o in parte)?

- ₁ No ₂ Sì ₃ Non so

Domanda E.5: Ha una/un curatrice/tore o una/un tutrice/tore?

- ₁ Non ho né una/un curatrice/tore né una tutrice/tore.
- ₂ Ho una curatrice/tore.
- ₃ Ho una tutrice/tore.
-

Domanda E.6: Chi ha compilato il questionario?

- ₁ La persona che riceve l'assegno per grandi invalidi.
- ₂ La persona che riceve l'assegno per grandi invalidi, assistita da una persona di fiducia.
- ₃ Una persona di fiducia della persona che riceve l'assegno per grandi invalidi.
-

Il questionario è finito. La ringraziamo per la Sua preziosa collaborazione.

Per preservare il Suo anonimato, stacchi dal questionario la **prima pagina, ossia la lettera di presentazione (ma solo quella)**, e lo ritorni (senza la prima pagina) con la busta allegata, già affrancata, entro il **13 luglio 2012** a Büro BASS.

La ringraziamo per il tempo che ha dedicato al nostro questionario!

A nome dell'intera squadra di ricerca, Le auguro buona continuazione.

Jürg Guggisberg,
direttore di progetto Büro BASS

Questionario per beneficiari minorenni di un AGI che vivono a casa

Parte A: La situazione abitativa di Sua/o figlia/o

Domanda A.1: Sua/o figlia/o non abita in un istituto o in una struttura analoga: è esatto?



Quando ci riferiamo a «Sua/o figlia/o» intendiamo la persona minorenni che beneficia dell'assegno per grandi invalidi, anche se Lei non è la madre o il padre.

₁ **È esatto**, mia/o figlia/o abita e trascorre la notte sempre o principalmente a casa (o presso altre persone in un alloggio privato).

₂ **Non è esatto**, mia/o figlia/o abita e trascorre la notte sempre o principalmente in un istituto o in una struttura analoga.

➡ *Il questionario concerne bambini o giovani che vivono in prevalenza a casa. Per Lei, quindi, le domande finiscono qui. La preghiamo di ritornarci il questionario nell'apposita busta-risposta. Grazie!*

Domanda A.2: Chi abita nella stessa economia domestica assieme a Sua/o figlia/o?



Se Sua/o figlia/o vive in più di un'economia domestica, La preghiamo di rispondere riferendosi all'economia domestica nella quale si trova più sovente.

È possibile più di una risposta.

- ₁ Madre
- ₂ Padre
- ₃ Fratelli, sorelle o altri bambini
- ₄ Altre persone con un legame di parentela
- ₅ Altre persone adulte, senza un legame di parentela
- ₆ Nessuno: mia/o figlia/o vive sola/o

Domanda A.3: A Sua/o figlia/o capita talvolta di trascorre la notte in un istituto o in una struttura analoga (ad es. determinati giorni la settimana o durante certi periodi)?

- ₁ **No**, mia/o figlia/o non trascorre mai la notte in un istituto. ➡ *Passare alla domanda B.1*
- ₂ **Sì**, mia/o figlia/o trascorre talvolta la notte in un istituto o in una struttura analoga.

Se ha risposto affermativamente: di che istituto o struttura si tratta?

- ₁ casa per persone invalide ₂ scuola speciale
- ₃ appartamento protetto ₄ centri di formazione per persone disabili
- ₅ altre strutture analoghe, **ossia:** ✎
-

Domanda A.4: Sua/o figlia/o trascorre regolarmente la notte in un istituto o in una struttura analoga?

Può scegliere se indicare il numero di notti alla settimana oppure il numero di notti al mese.

- ₁ **No**
- ₂ **Sì**, ogni settimana per lo più ✎..... **notti**
- ₃ **Sì**, ogni mese per lo più ✎..... **notti**

Domanda A.5: Sua/o figlia/o trascorre talvolta la notte in un istituto o in una struttura analoga anche nell'ambito di ferie o soggiorni per alleviare la situazione di chi si prende cura di lei/lui?

Può scegliere se indicare il numero di notti oppure di settimane all'anno.

- ₁ **No**
- ₂ **Sì**, circa ✎..... **notti** all'anno
- ₃ **Sì**, durante circa ✎..... **settimane** all'anno

Domanda A.6: Vi sono altri pernottamenti di Sua/o figlia/o in un istituto o in una struttura analoga, che non ha già indicato nelle risposte precedenti?

₁ No

₂ Sì, circa ✎..... notti all'anno

Nelle seguenti 5 sezioni del questionario vorremo porle qualche domanda sull'assistenza e le cure ricevuti da Sua/o figlia/o. A questo scopo, abbiamo distinto 5 ambiti:

- Parte B: assistenza diurna (all'interno e al di fuori di istituzioni)
- Parte C: sorveglianza notturna
- Parte D: cure e assistenza per gli atti ordinari della vita
- Parte E: trasporto, accompagnamento e amministrazione
- Parte F: spese per l'assistenza e spese dovute all'handicap

Parte B: Assistenza diurna

Soggiorni diurni in istituzioni

Domanda B.1: In quali delle seguenti strutture trascorre regolarmente il giorno Sua/o figlia/o? Per quanti giorni e quante ore la settimana, circa?

 Ci riferiamo a soggiorni, fuori casa Sua, durante i quali Lei non è obbligata/o a essere presente.

struttura	Quanti giorni la settimana?	Quante ore la settimana, circa?
<input type="checkbox"/> ₀ Mia/o figlia/o non frequenta regolarmente alcuna struttura		
<input type="checkbox"/> ₁ Gruppi di gioco	✎	✎ore
<input type="checkbox"/> ₂ Asilo nido / centri diurni per l'infanzia (a pagamento)	✎	✎ore.
<input type="checkbox"/> ₃ Mamma diurna (a pagamento e esterna, quindi non a casa)	✎	✎ore
<input type="checkbox"/> ₄ Scuola per l'infanzia regolare	✎	✎ore
<input type="checkbox"/> ₅ Scuole per l'infanzia destinate a bambine/i disabili	✎	✎ore
<input type="checkbox"/> ₆ Scuola regolare (dal 1° al 13° anno, incl. liceo) con servizi parascolari (ad es. mensa a mezzogiorno, doposcuola)	✎	✎ore
<input type="checkbox"/> ₇ Scuola regolare (dal 1° al 13° anno, incl. liceo) senza servizi parascolari	✎	✎ore
<input type="checkbox"/> ₈ Scuola speciale per bambine/i o giovani disabili	✎	✎ore
<input type="checkbox"/> ₉ Apprendistato / scuola professionale	✎	✎ore
<input type="checkbox"/> ₁₀ Centri di formazione per bambine/i o giovani disabili	✎	✎ore
<input type="checkbox"/> ₁₁ Centri diurni per persone disabili (incl. attività per il tempo libero)	✎	✎ore
<input type="checkbox"/> ₁₂ Posto di lavoro in un laboratorio protetto	✎	✎ore
<input type="checkbox"/> ₁₃ Posto di lavoro non protetto	✎	✎ore
<input type="checkbox"/> ₁₄ Altre strutture protette, ossia: ✎	✎	✎ore

Assistenza diurna al di fuori di istituzioni

Domanda B.2: Normalmente, quante ore o quanti giorni la settimana Sua/o figlia/o è seguita/o, durante il giorno, da Lei o da qualcuno che abita nella Sua economia domestica?

Può scegliere se indicare il numero di giorni oppure di ore. Riporti una cifra per ogni riga. Può indicare anche mezza giornata (ad es. ½ giornata, 1 giorno e ½).

Durante la settimana:	✎ ore	✎ giorni
Il fine settimana:	✎ ore	✎ giorni
Totale (tutta la settimana):	✎ ore	✎ giorni

Domanda B.3: Durante il giorno Sua/o figlia/o è regolarmente e gratuitamente seguita/o da persone che non abitano nella Sua economia domestica (ad es. nonni)?

- ₁ No ➡ Passare alla domanda B.5
₂ Sì

Domanda B.4: Durante una settimana normale, per quante ore Sua/o figlia/o è seguita/o gratuitamente, durante il giorno, da queste persone?

Indichi una cifra approssimativa per ogni riga.

Durante la settimana circa ✎ ore in tutto

Il fine settimana circa ✎ ore in tutto

Domanda B.5: Quando Sua/o figlia/o non si trova in un'istituzione (cfr. domanda B.1): durante il giorno è seguita/o regolarmente da persone da Lei assunte e retribuite a questo scopo?

- ₁ No ➡ Passare alla domanda B.7
₂ Sì

Domanda B.6: Durante una settimana normale, per quante ore Sua/o figlia/o è seguita/o, durante il giorno, da queste persone retribuite?

Indichi una cifra approssimativa per ogni riga.

Durante la settimana circa ✎ ore in tutto

Il fine settimana circa ✎ ore in tutto

Domanda B.7: Durante il giorno, per quanto tempo è possibile lasciar sola/o Sua/o figlia/o, senza sorveglianza?

- ₁ Mai, mia/o figlia/o ha bisogno di sorveglianza costante
₂ Un quarto d'ora al massimo
₃ Mezz'ora al massimo
₄ 1 ora al massimo
₅ 2 ore al massimo
₆ 3 ore al massimo
₇ 4 ore al massimo
₈ Più di 4 ore
₉ Mia/o figlia/o non ha bisogno di sorveglianza diurna ➡ Passare alla domanda B.10

Domanda B.8: Rispetto a una/un coetanea/o non portatrice/tore handicap, Sua/o figlia/o ha bisogno di una maggiore sorveglianza diurna?

- ₁ **Sì**, molto di più
₂ **Sì**, un po' di più
₃ **No**
₄ Non so / non posso rispondere

Domanda B.9: Durante la sorveglianza diurna si tratta anche di saper riconoscere e evitare situazioni che potrebbero mettere a repentaglio la vita di Sua/o figlia/o, legate al suo handicap?

- ₁ **Sì**
₂ **No**
₃ Non so / non posso rispondere


Domanda B.10: Con quale frequenza Sua/o figlia/o partecipa, nel tempo libero, alle seguenti attività?

Una risposta per ogni riga.

	ogni giorno	una o più volte la set- timana	una o più volte al mese	meno di una volta al mese	mai	non so
Attività sportive in un club, un'associazione di ginnastica o simili	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Corsi di musica, partecipazione a un coro, un'orchestra o simili	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Attività artigianali quali bricolage, lavori manuali, pittura o simili	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Gruppi per bambini o giovani (ad es. scout, attività proposte dalle parrocchie ecc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Contatto con amiche/ci, conoscenti o colleghe/i (al di fuori di attività organizzate)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Parte C: Sorveglianza notturna

Domanda C.1: Durante la notte, per quanto tempo è possibile lasciar sola/o Sua/o figlia/o, senza sorveglianza?

- ₁ Mai, mia/o figlia/o ha bisogno di sorveglianza costante
₂ Un quarto d'ora al massimo
₃ Mezz'ora al massimo
₄ 1 ora al massimo
₅ 2 ore al massimo
₆ 3 ore al massimo
₇ 4 ore al massimo
₈ Più di 4 ore
₉ Anche se mia/o figlia/o non ha bisogno di una sorveglianza diretta, qualcuno deve dormire a prossimità, così da poter intervenire se occorre.
₁₀ Mia/o figlia/o non ha bisogno di sorveglianza notturna e non ha bisogno che qualcuno dorma a prossimità.
 Passare alla domanda D.1


Domanda C.2: Rispetto a una/un coetanea/o non portatrice/tore di handicap, Sua/o figlia/o ha bisogno di una maggiore sorveglianza notturna?

- ₁ **Sì**, molto di più
₂ **Sì**, un po' di più
₃ **No**
₄ Non so / non posso rispondere

Domanda C.3: Durante la sorveglianza notturna si tratta anche di saper riconoscere e evitare situazioni che potrebbero mettere a repentaglio la vita di Sua/o figlia/o, legate al suo handicap?

- ₁ Sì
₂ No
₃ Non so / non posso rispondere

Domanda C.4: Per quante notti al mese le seguenti persone o organizzazioni garantiscono la sorveglianza di Sua/o figlia/o?

 Tenga conto anche della sorveglianza prestata dal personale di un istituto o di una struttura protetta durante gli eventuali soggiorni di Sua/o figlia/o.

Una risposta per ogni riga.

	mai	1 notte	2-3 notti	4-5 notti	6-8 notti	più di 8 notti
Persone non retribuite (ad es. parenti, amiche/ci, conoscenti, vicine/i)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Personale retribuito non qualificato	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Personale curante qualificato e retribuito (ad es. Spitex)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Sorveglianza nell'ambito di un soggiorno in istituto	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Parte D: Cure e assistenza per gli atti ordinari della vita

Domanda D.1: Quando Sua/o figlia/o non si trova in un istituto o in una struttura analoga, di quante ore di cure o di assistenza ha bisogno, a causa dell'handicap, per eseguire gli atti ordinari della vita (cfr. domanda B.1)?

Questa domanda concerne esclusivamente le cure e le prestazioni d'aiuto che non sarebbero necessarie se Sua/o figlia/o non fosse disabile.



Cure = cure infermieristiche e cure mediche legate all'handicap, quali disinfettare, applicare una pomata, somministrare gocce o medicinali, aiutare a inalare, eseguire iniezioni e così via.



Assistenza per gli atti ordinari della vita = assistenza ad es. per vestirsi e svestirsi, mangiare, lavarsi, spostarsi all'interno dell'abitazione.

Non tenga conto delle cure prestate dal personale di un istituto o di una struttura protetta durante gli eventuali soggiorni di Sua/o figlia/o (cfr. domanda B.1).

Può scegliere se indicare il numero di giorni oppure di settimane.

- ₁ In media, circa ✎ ore e ✎ minuti **al giorno**
- ₂ In media, circa ✎ore **la settimana**
- ₃ Fuori dalle strutture protette, mia/o figlia/o non ha bisogno, per gli atti ordinari della vita, di cure o assistenza
 Passare alla domanda E.1
- ₄ Non so  Passare alla domanda E.1

Domanda D.2: Quante di queste ore sono prestate, di solito, da Lei stessa/o o da qualcuno che vive nella Sua economia domestica?

Una risposta per ogni riga.

	nessuna	quasi nessuna	meno della metà	la metà circa	più della metà	quasi tutte	tutte	non so
Durante la settimana	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
Il fine settimana	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

Domanda D.3: Quante di queste ore sono prestate, di solito, da persone che non vivono nella Sua economia domestica?

i Non tenga conto delle cure prestate dal personale di un istituto o di una struttura protetta durante gli eventuali soggiorni di Sua/o figlia/o (cfr. domanda B.1).

Una risposta per ogni riga.

	nessuna	quasi nessuna	meno della metà	la metà circa	più della metà	quasi tutte	tutte	non so
Persone non retribuite (ad es. parenti, amiche/ci, conoscenti, vicine/i)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
Personale retribuito non qualificato	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
Personale curante qualificato e retribuito (ad es. Spitex)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

Parte E: Trasporto, accompagnamento e amministrazione

Domanda E.1: Quanto tempo occorre, all'incirca, per i trasporti e l'accompagnamento dovuti all'handicap di Sua/o figlia/o?

Questa domanda concerne esclusivamente i trasporti e l'accompagnamento che non sarebbero necessari se Sua/o figlia/o non fosse disabile. Tenga conto di tutti i trasporti di cui Sua/o figlia/o ha bisogno, ad esempio per la sua assistenza, ma anche per formazione o lavoro, visite mediche, terapie, tempo libero, per partecipare a determinati avvenimenti, visitare amici e così via, e anche del tempo messo a disposizione da Lei o da altri se sua/o figlia/o ha bisogno, a causa dell'handicap, di essere accompagnata/o in una di queste occasioni.

i *Può scegliere se indicare le ore alla settimana oppure al mese.*

- ₁ Circa ☞ ore **la settimana**
- ₂ Circa ☞ ore **al mese**
- ₃ Mia/o figlia/o non ha bisogno di accompagnamento o di servizi di trasporto ➡ *Passare alla domanda E.3*
- ₄ Non so

Domanda E.2: Quante di queste ore sono garantite da chi?

i Non tenga conto dei trasporti e dell'accompagnamento garantiti dal personale di un istituto o di una struttura protetta durante gli eventuali soggiorni di Sua/o figlia/o (cfr. domanda B.1).

Una risposta per ogni riga.

	nessuna	quasi nessuna	meno della metà	la metà circa	più della metà	quasi tutte	tutte	non so
Io stessa/o o qualcuno della stessa economia domestica	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
Persone non retribuite (ad es. parenti, amiche/ci, conoscenti, vicine/i)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
Persone retribuite	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

Domanda E.3: Quale onere amministrativo rappresenta l'handicap di Sua/o figlia/o (ad es. per compilare questionari)?

i *Può scegliere se indicare il numero di ore al mese oppure all'anno.*

- ₁ Circa ☞ ore **al mese**
- ₂ Circa ☞ ore **all'anno**
- ₃ Nessun impegno / un impegno trascurabile
- ₄ Non so

Parte F: Spese per l'assistenza e spese dovute all'handicap

Domanda F.1: La preghiamo di stimare quante spese Lei sostiene in proprio per le prestazioni e i servizi elencati qui sotto.

- i** Non conti le spese che Le sono rimborsate (ad es. coperte dalla cassa malati). Questa domanda concerne esclusivamente le spese che Lei affronta attingendo a mezzi finanziari propri (tra questi figura anche l'assegno per grandi invalidi) e che non Le sono rimborsate.

Metta una risposta accanto ai servizi che acquista e indichi l'importo corrispondente, in franchi. Può scegliere se indicare i costi mensili oppure annuali.

	spese mensili	spese annuali
Spese per l'assistenza		
<input type="checkbox"/> ₁ Soggiorni in istituti o strutture analoghe (cfr. le domande da A.3 a A.6) fr. fr.
<input type="checkbox"/> ₂ Soggiorni in altre istituzioni (ad es. centri diurni, centri di formazione ecc.; cfr. domanda B.1) fr. fr.
<input type="checkbox"/> ₃ Assistenza <u>diurna</u> da parte di persone retribuite, al di fuori di istituzioni (cfr. le domande da B.5 a B.6) fr. fr.
Spese per cure e prestazioni di aiuto dovute all'handicap		
i Si tratta esclusivamente di costi che Lei <u>non dovrebbe affrontare</u> se Sua/o figlia/o non fosse disabile.		
<input type="checkbox"/> ₄ Sorveglianza <u>notturna</u> prestata da persone retribuite (cfr. domanda C.4) fr. fr.
<input type="checkbox"/> ₅ Cure e assistenza per gli atti ordinari della vita (cfr. domanda D.3) Indichi qui solo le cure e l'assistenza supplementari che non figurano già nell'assistenza indicata sopra. fr. fr.
<input type="checkbox"/> ₆ Accompagnamento e servizi di trasporto (cfr. domande E.1 e E.2) fr. fr.
<input type="checkbox"/> ₇ Altro: fr. fr.
<input type="checkbox"/> ₈ Altro: fr. fr.
Altre spese dovute all'handicap		
<input type="checkbox"/> ₉ Retribuzione simbolica (ad es. invito a pranzo, regalo) di persone che prestano un'assistenza <u>gratuita</u> fr. fr.
<input type="checkbox"/> ₁₀ Mezzi ausiliari fr. fr.
<input type="checkbox"/> ₁₁ Medicamenti, trattamenti o terapie <u>non</u> rimborsati dalla cassa malati fr. fr.
<input type="checkbox"/> ₁₂ Adesione e partecipazione ad associazioni di assistenza alle persone disabili fr. fr.
<input type="checkbox"/> ₁₃ Altre spese dovute all'handicap: fr. fr.
Totale fr. fr.

Parte G: Ripercussioni dell'handicap su di Lei e sulla vita della Sua famiglia

Domanda G.1: In che modo l'handicap di Sua/o figlia/o si ripercuote sulla Sua situazione lavorativa o su quella della/del Sua/o compagna/o? Indichi in che misura le seguenti affermazioni corrispondono al Suo caso.

Una risposta per ogni riga.

	sì	piuttosto sì	piuttosto no	no	non so
A causa dell'handicap di mia/o figlia/o ho dovuto lasciare il lavoro (oppure: la/il mia/o compagna/o ha dovuto lasciare il lavoro).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
A causa dell'handicap di mia/o figlia/o ho dovuto ridurre il tempo di lavoro, per occuparmi di lei/lui (oppure: la/il mia/o compagna/o ha dovuto ridurre il tempo di lavoro).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Mi piacerebbe (alla/al mia/o compagna/o piacerebbe) lavorare di più, se fosse più semplice organizzare l'assistenza di mia/o figlia/o.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Sono costretta/o (la/il mia/o compagna/o è costretta/o) a lavorare di più per finanziare le cure e l'assistenza di mia/o figlia/o.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
La mia carriera professionale (la carriera professionale della/del mia/o compagna/o) è stata ostacolata dall'handicap di mia/o figlia/o.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Domanda G.2: In che modo l'handicap di Sua/o figlia/o si ripercuote sulla situazione finanziaria della Sua famiglia? Indichi in che misura le seguenti affermazioni corrispondono al Suo caso.

Una risposta per ogni riga.

	sì	piuttosto sì	piuttosto no	no	non so
Se mia/o figlia/o non fosse disabile, potrei (potremmo) realizzare un reddito decisamente superiore.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Per offrire a mia/o figlia/o (nostra/o figlia/o) le cure e l'assistenza che desidero (desideriamo), sono costretta/o (siamo costretti) a imporci limiti finanziari e, di conseguenza, molte rinunce.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
L'handicap di mia/o figlia/o causa alla famiglia considerevoli problemi finanziari.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Domanda G.3: In che modo l'handicap di Sua/o figlia/o si ripercuote su di Lei e sulla vita della Sua famiglia? Indichi con quale frequenza le seguenti affermazioni corrispondono al Suo caso.

Una risposta per ogni riga.

Se l'affermazione non corrisponde alla Sua situazione, indichi «nessuna risposta possibile».

	sempre	sovente	talvolta	raramente	mai	non so/ nessuna risposta possibile
Ho abbastanza tempo da dedicare a me stessa/o.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Ho abbastanza tempo da dedicare alla/al mia/o compagna/o.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Ho occasioni a sufficienza per vedere le/i mie/miei amiche/ci.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
A causa dell'handicap di mia/o figlia/o sono sotto stress e molto stanca/o.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
L'handicap di mia/o figlia/o grava sulla relazione con la/il mia/o compagna/o.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
In passato, l'handicap di mia/o figlia/o ha gravato pesantemente sulla relazione con una/un compagna/o.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
In questo periodo riesco a dormire bene.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Assistere mia/o figlia/o mi pesa molto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Le cure e l'assistenza di mia/o figlia/o disabile richiedono così tanto tempo, che me ne resta ben poco per gli altri membri della famiglia.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
L'assistenza che dedico a mia/o figlia/o disabile è così intensa, che ho la sensazione di trascurare i miei altri figli.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Parte H: Bisogno di un aiuto supplementare oppure di un intervento per alleviare la situazione

Domanda H.1: Come quantificherebbe, nei seguenti ambiti, l'aiuto supplementare o l'intervento di cui avrebbe bisogno per alleviare la situazione?



L'aggettivo «supplementare» si riferisce al caso in cui Lei, attualmente, non riceva il sostegno o l'aiuto di cui avrebbe bisogno.

Una risposta per ogni riga.

	grande bisogno	poco bisogno	nessun bisogno	non so
Regolare assistenza <u>diurna</u> supplementare per mia/o figlia/o <u>a casa</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Regolare assistenza <u>diurna</u> supplementare per mia/o figlia/o <u>fuori casa</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<u>Sporadica</u> assistenza <u>diurna</u> supplementare per per mia/o figlia/o	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Intervento supplementare per alleviare i compiti di sorveglianza <u>notturna</u> , <u>a casa</u> , di mia/o figlia (ad es. servizio di veglia)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Pernottamenti supplementari di mia/o figlia/o <u>fuori casa</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Assistenza supplementare per mia/o figlia/o <u>durante la settimana</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Assistenza supplementare per mia/o figlia/o <u>durante il fine settimana</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Assistenza supplementare per mia/o figlia/o <u>durante periodi di più giorni</u> (ad es. ferie o soggiorni per alleviare la situazione di chi si prende normalmente cura di lei/lui)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Aiuto nei lavori domestici (cucina, bucato, spesa ecc.), che mi permetta di dedicare più tempo all'assistenza e alle cure di mia/o figlia/o	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Aiuto supplementare a casa per le cure di cui mia/o figlia/o ha bisogno a causa dell'handicap, da parte di personale qualificato	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Aiuto supplementare a casa per le cure di cui mia/o figlia/o ha bisogno a causa dell'handicap, da parte di personale non qualificato	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Qualcuno che si occupi dei miei figli non disabili durante le fasi in cui la/il figlia/o disabile ha bisogno di maggiori cure	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Migliore aiuto da parte di una persona qualificata, alla quale rivolgersi in caso di domande o problemi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Aiuto supplementare nelle mansioni amministrative legate all'handicap di mia/o figlia/o	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Altro: ✎	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Domanda H.2: Le capita di rinunciare, completamente o in parte, ad affidare Sua/o figlia/o ad altre persone per uno dei seguenti motivi? Indichi in che misura le seguenti affermazioni corrispondono al Suo caso.

Una risposta per ogni riga.

	sì	piuttosto sì	piuttosto no	no	non so
Vorrei (vorremmo) affidare mia/o figlia/o (nostra/o figlia/o) ad altre persone; ciò è tuttavia difficile, poiché mia/o figlia/o (nostra/o figlia/o) ha bisogno di un'infrastruttura specifica (ad es. mezzi ausiliari tecnici).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Vorrei (vorremmo) affidare mia/o figlia/o (nostra/o figlia/o) ad altre persone, ma il numero di servizi adeguati o finanziariamente abbordabili è molto limitato.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Vorrei (vorremmo) affidare mia/o figlia/o (nostra/o figlia/o) all'assistenza di altre persone, ma non posso permettercelo (possiamo permettercelo).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Domanda H.3: In che misura l'assegno per grandi invalidi dell'AI L'aiuta ad affrontare gli oneri supplementari dovuti all'handicap di Sua/o figlia/o?

- ₁ moltissimo
₂ parecchio
₃ poco
₄ (quasi) per nulla
₅ non so
-

Domanda H.4: L'AI versa a Sua/o figlia/o un supplemento per cure intensive?

- ₁ **Sì**
₂ **No** ➡ *Passare alla domanda H.6*
-

Domanda H.5: In che misura il supplemento per cure intensive versato dall'AI L'aiuta ad affrontare gli oneri supplementari dovuti all'handicap di Sua/o figlia/o?

- ₁ moltissimo
₂ parecchio
₃ poco
₄ (quasi) per nulla
₅ non so
-

Domanda H.6: In che misura, secondo Lei, la Sua situazione personale e familiare migliorerebbe se Lei avesse a disposizione mezzi finanziari maggiori per le cure e l'assistenza di Sua/o figlia/o?

- ₁ moltissimo
₂ parecchio
₃ poco
₄ (quasi) per nulla
₅ non so
-

Parte I: Conclusione

Domanda I.1: Oltre alla retta di base, a una delle strutture nelle quali Sua/o figlia/o soggiorna regolarmente deve versare una parte dell'assegno per grandi invalidi o del supplemento per cure intensive?

- ₁ Sì ₂ No ₃ Non so
-

Domanda I.2: Chi ha compilato il questionario?

- ₁ madre / padre
₂ altri: ✎
-

Il questionario è finito. La ringraziamo per la Sua preziosa collaborazione.

Per preservare il Suo anonimato, stacchi dal questionario la **prima pagina, ossia la lettera di presentazione (ma solo quella)**, e lo ritorni (senza la prima pagina) con la busta allegata, già affrancata, entro il **13 luglio 2012** a Büro BASS.

La ringraziamo per il tempo che ha dedicato al nostro questionario!

A nome dell'intera squadra di ricerca, Le auguro buona continuazione.

Jürg Guggisberg,
direttore di progetto Büro BASS