

Ricerca europea su l'autovalutazione dei bisogni espressi dai familiari assistenti¹ per ottenere servizi appropriati

Partenariat éducatif Grundtvig n°2010-1-FR1-GRU06-14362 1:
L'auto-évaluation de leurs besoins par les aidants familiaux,
un point de départ pour obtenir de l'aide



Questo progetto usufruisce del sostegno del Programma di Educazione e Formazione durante tutta la vita

Il contenuto di questo documento implica solo il suo autore e non costituisce il punto di vista della Commissione Europea o dei suoi servizi.

QUESTIONARIO

Il progetto europeo sull'aiuto ai familiari che si prendono cura delle persone disabili, delle persone affette da malattia invalidante o delle persone dipendenti per motivi di età, al quale partecipa "Co.Fa.As. Clelia" (Coordinamento Familiari Assistenti "Clelia"), ha come obiettivo quello di identificare alcuni elementi utili per comprendere quale relazione si genera tra il familiare assistente e il congiunto non autosufficiente.

Il questionario è indirizzato ai familiari che si prendono cura di un congiunto non autosufficiente. Le risposte ci permetteranno di comprendere meglio la percezione che essi hanno dei propri bisogni e di sviluppare gli strumenti per un aiuto concreto da dare ai familiari assistenti, al fine anche di prevenire le situazioni di crisi, di depressione e di abbandono.

Vi ringraziamo in anticipo per la compilazione del questionario. Vi saremo grati se vorrete diffonderlo a tutte le persone che assistono un congiunto non autosufficiente. E' garantito l'anonimato e la riservatezza.

Una volta completato, Vi preghiamo di inviarlo entro il **25 Gennaio 2011** al seguente indirizzo:
e.mail: info@cofaasclelia.it

Per eventuali informazioni potete contattare

Anna Maria Comito Tel. 334 81 84 597

Giusy Calandra gius.calandra@tiscali.it

¹ Il Familiare Assistente, è una persona non professionista che aiuta in via principale e continua un congiunto dipendente negli atti della vita quotidiana. (vedi carta europea del Familiare Assistente Coface-handicap)

IL QUESTIONARIO È ANONIMO

DATA.....

N°

Dati socio-demografici

1	Dove vive? In città <input type="checkbox"/> nella periferia della città <input type="checkbox"/> In campagna <input type="checkbox"/> borgo <input type="checkbox"/>	
2	Uomo <input type="checkbox"/> Donna <input type="checkbox"/>	
3	Vive in coppia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
4	Qual'è il legame familiare o altro , tra Lei e la persona di cui si prende cura o che ha curato? (figlio - figlia/padre – madre/ fratello –sorella/suocera-suocero/nipote / amico.....	
5	Quale è il suo livello di studio? Elementari <input type="checkbox"/> Medie <input type="checkbox"/> Superiori <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/>	
6	Quale professione esercita o avete esercitato?	
7	Se ha un attività o avevate un'attività professionale, prendendosi cura di un suo congiunto: - ha potuto mantenere gli stessi orari di lavoro <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No - organizzare i tempi di lavoro <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se si, come (es. part-time, telelavoro, cambiamento di lavoro o altro)	
8	Se non ha (o non aveva) un'attività professionale, nel periodo di assistenza al congiunto, è perchè: - era o eravate disoccupato/a <input type="checkbox"/> In pensione <input type="checkbox"/> Per scelta <input type="checkbox"/> - ha dovuto smettere di lavorare per occuparsi di un congiunto <input type="checkbox"/> - altro <input type="checkbox"/> (precisare:.....)	
9	In quale fascia di età si colloca? 10-15 / 15-20 / 20-25 / 25-30 / 30-35 / 35-40 / 45-50 / 50-55 / 55-60 / 60-65 / 65-70 / Più di 70	
10	Da quanto tempo o per quanto tempo si è preso cura di un congiunto? Mesi..... o Anni	
11	Quante ore in media per giorno? Quante ore in media per notte? In maniera continuativa 24/24 ore <input type="checkbox"/>	
12	Ha ricevuto o ha il sostegno di un operatore professionale? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se si, di quale tipologia: cure <input type="checkbox"/> aiuto domestico <input type="checkbox"/> aiuto alla persona <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> (precisare:.....)	

13	Qual'è la causa della non autosufficienza della persona che aiuta o che ha aiutato?	
14	Qual'è l'età della persona aiutata?anni	
15	<p>La persona aiutata vive con Lei? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Se sì, in maniera: continuativa <input type="checkbox"/> discontinua <input type="checkbox"/> (es. vacanze, week-end,) altro <input type="checkbox"/> (precisare.....)</p>	
16	<p>Siete pagati (o siete stati remunerati) per l'aiuto portato?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/></p>	

Dati di base ricerca (secondo i casi si possono segnare più caselle)

NLS: Non lo so

		SI	NO	NLS	
17	Quando ha cominciato a dare il suo aiuto, ha ricevuto delle informazioni utili: - sulle difficoltà che può incontrare - sugli aiuti possibili - altro.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
18	Le hanno proposto degli aiuti? Se si, quali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	Penso (ho pensato) di farcela da sola/o Ho avuto voglia di parlarne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
20	Ho cercato degli aiuti da - familiari - professionisti (operatori) - associazioni - altro.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
21	Chi l'ha aiutata o chi la aiuta? Chi l'ha aiutata di più?				
22	Ha cercato delle informazioni presso: - professionisti - associazioni - internet - altro.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
23	Non volevo parlarne con nessuno - all'inizio - per lungo tempo Quanto tempo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
24	Mi sono sentita/o colpevole - ho avuto paura della malattia /della disabilità..... - ho avuto paura degli sguardi degli altri..... - altro.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
25	Non mi sono fatta/o aiutare perchè: - non avevo fiducia in un aiuto esterno - non c'era vicino a casa ----- - non sapevo che era possibile - non volevo l'intrusione di una persona estranea a casa - altro.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
26	Direste che l'aiuto ad un congiunto non autosufficiente è: - una consuetudine familiare - un obbligo legale - una scelta - è normale - altro.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

		SI	NO	NLS	
27	Cosa la motiva di più nell'aiuto che dà? <ul style="list-style-type: none"> - l'affetto - conoscere le sue abitudini - il legame familiare / di amicizia - la riconoscenza che la persona aiutata prova per voi - la riconoscenza che il vostro vicinato prova per voi - altro..... 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	Mi sarebbe piaciuto / vorrei avere un aiuto: <ul style="list-style-type: none"> - psicologico/morale - economico - servizi di supporto a domicilio ed esterni - più informazioni - formazione - altro..... 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	Ho coinvolto altre persone della mia famiglia/ amici/ Se sì, specificare il sesso, età e legame Se no, perché? <ul style="list-style-type: none"> - assenza di altri membri della famiglia o amici - non disponibilità di queste persone - sono l'unica/o a essere capace di svolgere questo ruolo - altro..... 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	Cosa le piacerebbe ricevere dagli operatori professionali? <ul style="list-style-type: none"> - informazioni - formazione - partecipazione - supplenza - altro..... 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	Pensa che i familiari che assistono <ul style="list-style-type: none"> - devono dare le loro opinioni agli operatori professionali - hanno delle cose da insegnare agli operatori professionali - hanno delle cose da imparare dagli operatori professionali 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32	Ritieni che gli operatori professionali comprendano la situazione dei familiari assistenti? <ul style="list-style-type: none"> - mai - a volte - sempre 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33	Ritieni che gli operatori professionali tengano conto della situazione dei familiari assistenti? <ul style="list-style-type: none"> - totalmente - parzialmente - in nessun modo 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34	Affiderebbe o potrebbe affidare facilmente il familiare che assiste ad un operatore professionale? A quali condizioni e con quale aiuto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		SI	NO	NLS	
35	Si considera come un Familiare Assistente ? Si considera solo come un familiare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36	Se si considera come un Familiare Assistente, ha avuto delle difficoltà ad identificarsi come tale? Se sì, direste che è a causa di:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- mancanza di informazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- mancanza di analisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- mancanza di relazione con la persona che si accudisce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- sentimento di costrizione / di fedeltà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- cultura alla quale appartengo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- senso di colpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- sentimento di paura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- altro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37	Si è mai identificato/a come un Familiare Assistente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- mai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- subito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- tra il primo e i terzo anno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- tra il terzo e il quinto anno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- dopo i 5 anni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38	Direste che ciò che accade tra il suo familiare e Lei non riguarda nessun altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39	Direste che aiutare un suo familiare (è possibile inserire più risposte)				
	- la turba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- turba il suo familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- turba chi la circonda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- falsa la relazione tra Lei e la persona aiutata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- arricchisce la relazione tra Lei e la persona aiutata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- le dia del potere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- dia del potere all'assistito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- non cambi nulla nel vostro rapporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- la arricchisca personalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- arricchisca il suo assistito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- arricchisca chi vi circonda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- la rende dipendente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- la isola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- altro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40	Cosa le è mancato o le manca di più nella vita con il suo assistito?				
	- le relazioni sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- gli hobby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- una pausa, possibilità di decomprimere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- il riposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- una vita professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- altro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		SI	NO	NLS	
41	Era Lei il (è Lei) il solo aiuto del suo assistito? Se no, chi altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
42	I bisogni della persona aiutata sono stati valutati? Se sì, da chi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
43	Quali sono secondo Lei, le difficoltà che i Familiari Assistenti possono incontrare nell'identificare e/o esprimere i propri bisogni: - non riconoscere che sono dei familiari assistenti - non sapere che esistono aiuti ai familiari assistenti - paura di chiedere aiuto - paura di sconvolgere la persona aiutata - paura di sconvolgere la famiglia - assenza di aiuto da parte dei professionisti - paura di svelare informazioni personali - paura di agire male - mancanza di tempo - mancanza di energia - altro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
44	I vostri bisogni sono stati già valutati? Se sì, da chi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45	L'assistenza professionale può: - sostituire l'aiuto familiare - completare l'aiuto familiare - impedire l'aiuto familiare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
46	Cosa desidera (ha desiderato) per Lei come aiuto o come sostegno?				
47	Desidera che la persona accudita possa essere ogni tanto ospitata in una struttura d'accoglienza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
48	Ha potuto esprimere questo desiderio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
49	Esiste un posto dove può: - discutere il suo ruolo assistenziale - parlare della sua situazione - fare delle domande	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Inserisca quello che vuole suggerire o aggiungere.

.....
.....
.....
.....
.....

GRAZIE PER LA SUA PARTECIPAZIONE

Può inviare il questionario al seguente indirizzo: . info@cofaasclelia.it