

1. Dati anagrafici

Signor/a _____
Nato/a a: _____ Provincia _____ il: _____
Residente in Via/Piazza _____ n. _____
Domiciliato in (solo se diverso dalla residenza) _____
Piano: _____ Numero Telefono: _____

2. Stato civile

celibe/nubile già coniugato/a, divorziato/a dal _____
coniugato/coniugata vedovo/a dal _____

3. Titolo di studio

Laurea Diploma Lic. Media inf. Licenza elementare Nessun Titolo

4. Condizione di convivenza

4.1 Vive Solo

4.2 Vive con:

coniuge figli genitori fratelli altri parenti altri (non parenti)

4.3 In famiglia ci sono conviventi non autonomi NO SI N.

5. Rete parentale

5.1 Figli fuori dal nucleo NO SI N. _____:

Abitano:

stesso stabile stesso quartiere in città prima cintura altro _____

5.2 Fratelli/sorelle fuori dal nucleo NO SI N. _____

stesso stabile stesso quartiere in città prima cintura altro _____

5.3 Altri (specificare) _____

6. Difficoltà nelle funzioni**6.1 DIFFICOLTA' MOTORIE**

Può scendere o salire da solo una rampa di scale senza fermarsi ?

- SI, senza difficoltà
 SI, con qualche difficoltà
 SI, con molta difficoltà
 NO, non è in grado

6.3 Può mettersi a letto o alzarsi dal letto da solo ?

- senza difficoltà
- con qualche difficoltà
- solo con l'aiuto di qualcuno

6.4 Può vestirsi o spogliarsi da solo ?

- senza difficoltà
- con qualche difficoltà
- solo con l'aiuto di qualcuno

6.5 Può farsi il bagno o la doccia da solo ?

- senza difficoltà
- con qualche difficoltà
- solo con l'aiuto di qualcuno

6.6 Può lavarsi le mani ed il viso da solo ?

- senza difficoltà
- con qualche difficoltà
- solo con l'aiuto di qualcuno

6.6 Può mangiare da solo anche tagliandosi il cibo ?

- senza difficoltà
- con qualche difficoltà
- solo con l'aiuto di qualcuno

6.7 Abitualmente è in grado di usare il telefono ?

- SI, usa il telefono autonomamente
- Compone solo alcuni numeri ben noti
- Risponde al telefono, ma non chiama
- NO, non è in grado di usare il telefono

6.8 Abitualmente è in grado di fare la spesa ?

- SI, in modo completamente autonomo
- SI, ma solo per piccoli acquisti
- SI, ma deve essere accompagnato
- NO, non è in grado di fare la spesa (anche se accompagnato)

6.9 Abitualmente è in grado di preparare i pasti ?

- SI, è in grado di preparare pasti completi da solo
- SI, ma solo se vengono forniti tutti gli ingredienti
- SI, riscalda e serve pasti solo se preparati da altri (o prepara pasti non completi)
- NO, i pasti devono essere preparati e serviti da altri

6.10 Abitualmente è in grado di curare la casa ?

- SI, sa tenere la casa in ordine solo o con l'aiuto occasionale (per i lavori più pesanti)
- SI, ma solo per i compiti quotidiani più semplici (lavare i piatti, fare i letti)
- SI, ma ha bisogno di aiuto in tutti i lavori domestici
- NO, non è in grado di occuparsi di alcuna attività di cura della casa

6.11 Abitualmente è in grado di utilizzare i mezzi di trasporto ?

- SI, viaggia autonomamente (con mezzi pubblici e/o con auto propria)
- SI, ma solo con il taxi ma non usa mezzi pubblici
- SI, viaggia su mezzi pubblici ma solo se è accompagnato
- SI, viaggia con taxi o auto con accompagnatore
- NO, non è in grado di utilizzare mezzi di trasporto

6.12 Uso di ausili:

- carrozzina
- bastone
- girello
- altro (specificare) _____

7. Reti sociali

7.1 Con che frequenza vede parenti e amici? *(Senza considerare le persone che vivono con lei)*
(Una risposta ogni riga)

Ne vede almeno uno

	Non ne ho	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
7.1.1. Figli/e, generi/nuore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.2. Fratelli/sorelle, cognati/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.3. Nipoti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.4. Altri parenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.5. Amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.2 Abitualmente frequenta dei centri di incontro (ad esempio parrocchia, circoli, associazioni)?

- 7.2.1. Tutti i giorni
- 7.2.2. Qualche volta alla settimana
- 7.2.3. Una volta alla settimana
- 7.2.4. Qualche volta al mese
- 7.2.5. Qualche volta all'anno
- 7.2.6. Mai

8. Bisogni assistenziali (necessità di supporto/assistenza)

8.1 Cosa vorrebbe da un servizio di assistenza per anziani?

- aiuto materiale
- aiuto medico
- occasioni di socializzazione
- altro (specificare) _____

8.2 Quando vorrebbe che il servizio fosse espletato?

- aiuto materiale
- aiuto medico
- occasioni di socializzazione
- altro (specificare) _____

Data rilevazione _____

Nome e Cognome Operatore _____

Si informa che i dati personali conferiti con il presente questionario saranno trattati con modalità cartacee nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza. In tale ottica i dati forniti verranno utilizzati per le finalità strettamente connesse ad indagini statistiche.

In qualsiasi momento è possibile esercitare tutti i diritti indicati dall'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003, in particolare la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati. Tali diritti potranno essere esercitati inviando comunicazione scritta presso la sede legale della Cooperativa Sociale Vita Alternativa.

Luogo e data _____

Firma
