**Preoccuparsi per gli Altri**

**Se si occupa del suo compagno, di un membro della sua famiglia o di un amico che necessita di aiuto o di assistenza a causa della sua età, di una disabilità fisica o dell’apprendimento oppure di una malattia, tra le quali i disturbi mentali, le chiediamo cortesemente di compilare questo questionario. Non è obbligatorio rispondere a tutte le domande; se non desidera rispondere a una domanda, o non conosce la risposta, passi alla domanda successiva.**

|  |
| --- |
| **Parte 1: La persona di cui si occupa**  Le domande di questa parte riguardano la persona di cui si occupa, vale a dire la persona di cui si prende cura o che aiuta, e della sua esperienza con i servizi di assistenza e di appoggio. |

|  |
| --- |
| Se si occupa di più di una persona, la preghiamo di rispondere **solo** riguardo alla persona di cui si occupa per la maggioranza del tempo. Se si occupa di due o più persone per la stessa quantità di tempo, si riferisca alla persona che vive con lei. Se vive con due o più persone con cui trascorre una stessa quantità di tempo, scelga **una** persona su cui rispondere. |

**1. Quanti anni ha la persona di cui si occupa?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anni**

(se non conosce la sua età esatta, ne fornisca una approssimativa: la persona di cui si occupa deve avere almeno 18 anni)

**2.**  **La persona di cui si occupa ha....?**

***Barrare [✓] tutte le caselle corrispondenti***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Demenza senile | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Una disabilità fisica | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Perdita della vista o dell’udito | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Un disturbo mentale | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Problemi relativi alla vecchiaia | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Una disabilità o difficoltà nell’apprendimento | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Una malattia di lunga data | g (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Una malattia terminale | h (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Dipendenza da droga o alcol | i (1) |

**3. Dove vive di solito la persona di cui si occupa?**

***Barrare [✓] una casella***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Con me | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | Altrove | 2 |

**4. In generale, si ritiene soddisfatto dell’assistenza o dei servizi che lei o la persona di cui si occupa avete ricevuto dai Servizi Sociali negli ultimi 12 mesi?**

***Barrare (✓) una casella***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Non abbiamo ricevuto assistenza o servizi dai Servizi Sociali negli ultimi 12 mesi | 1 |
|  |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Sono estremamente soddisfatto | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Sono molto soddisfatto | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Sono abbastanza soddisfatto | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Non sono né soddisfatto né insoddisfatto | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | Sono abbastanza insoddisfatto | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | Sono molto insoddisfatto | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | Sono estremamente insoddisfatto | 8 |

**5. La persona di cui si occupa ha utilizzato l’assistenza o i servizi riportati sotto negli ultimi 12 mesi?**

**Possono esserle stati offerti da enti diversi, per esempio organizzazioni di volontariato, un’agenzia privata oppure i Servizi Sociali.**

***Barrare (✓) una casella per riga***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sì** |  | **No** | **Non so** | | |
| a. Assistenza o servizi che le consentono di prendersi una pausa dalla sua attività di badante con poco preavviso o in caso di emergenza |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| b. Assistenza o servizi che le consentono di prendersi una pausa dalla sua attività di badante per oltre 24 ore |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| c. Assistenza o servizi che le consentono di prendersi una pausa dalla sua attività di badante per un periodo compreso tra 1 e 24 ore (es. un servizio di sitting) |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| d. Assistente personale |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| e. Assistenza a domicilio /aiuto a domicilio |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| f. Attenzione diurna o attività diurne |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| g. Club del pranzo |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| h. Servizio Pasti |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| i. Equipaggiamento o adattamento del domicilio (sedia a rotelle o ringhiere di appoggio) |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| j. Linea salvavita |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| k. Risiedono in una casa di riposo in modo permanente |  | 1 |  | 2 |  | 3 |

It is possible for councils to add options to question 5 above for local use such as supported employment or special college. Additional answer options for question 5 should be sent to DHSC for their information using the additional questions form. Responses to any additional options should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| **Parte 2: Le sue necessità ed esperienze di assistenza ricevuta**  Le domande di questa parte riguardano l’assistenza e i servizi che **lei** utilizza in quanto badante. Questi servizi potrebbero essere organizzati da lei oppure dai Servizi Sociali. Potrebbero anche essere forniti da un’organizzazione di volontariato, un’agenzia privata o i Servizi Sociali. |

**6. Ha mai utilizzato l’assistenza o i servizi riportati sotto negli ultimi 12 mesi per facilitare la sua attività di badante?**

**Possono esserle stati offerti da enti diversi, per esempio organizzazioni di volontariato, un’agenzia privata oppure i Servizi Sociali. Non includere l’aiuto non retribuito ricevuto dalla famiglia o dagli amici.**

***Barrare (✓) una casella per riga***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sì** |  | **No** | **Non so** | | |
| a. Informazioni e consulenza |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| b. Sostegno di gruppi di badanti o da qualcuno con cui può parlare in confidenza |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| c. Corso di preparazione per badanti |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| d. Sostegno per mantenere il proprio impiego |  | 1 |  | 2 |  | 3 |

It is possible for councils to add options to question 6 above for local use such as advocacy for carers, help with household tasks and gardening and practical help to complete forms. Additional answer options for question 6 should be sent to DHSC for their information using the additional questions form. Responses to any additional options should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| **Parte 3: L’influenza dell’attività di badante e la qualità della sua vita**  Alcune domande di questa parte si riferiscono all’influenza della sua attività di badante su aspetti specifici della sua vita, mentre altre riguardano la qualità di diversi aspetti della sua vita in generale. |

**7. Quali delle seguenti affermazioni descrive meglio il suo modo di trascorrere il suo tempo libero?**

**Quando pensa a come trascorre il suo tempo libero, pensi a ciò che le piace e la diverte, tra cui il lavoro vero e proprio, il lavoro volontario o non pagato, oppure l’occuparsi degli altri e le attività ricreative.**

***Barrare [✓] una casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Utilizzo il mio tempo libero come voglio, faccio le cose che mi piacciono e mi diverto | 1 |
|  |  |  |
|  | Faccio alcune cose che mi piacciono o che mi divertono ma non abbastanza | 2 |
|  |  |  |
|  | Non faccio nulla che mi piaccia o che mi diverte nel mio tempo libero | 3 |

**8. Quali delle seguenti affermazioni descrive meglio il controllo che esercita sulla sua vita quotidiana?**

***Barrare [✓] una casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Controllo molto bene la mia vita quotidiana | 1 |
|  |  |  |
|  | Controllo abbastanza bene la mia vita quotidiana ma non abbastanza | 2 |
|  |  |  |
|  | Non riesco a controllare la mia vita quotidiana | 3 |

**9. Se pensa a quanto tempo può dedicare a sé stesso (per esempio dormire bene o mangiare sano), quale delle seguenti affermazioni la descrive meglio?**

***Barrare [✓] una casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mi prendo cura di me stesso | 1 |
|  |  |  |
|  | A volte non sono capace di prendermi abbastanza cura di me stesso | 2 |
|  |  |  |
|  | Mi sto trascurando | 3 |

**10a. Se pensa alla sua sicurezza personale, quali delle seguenti affermazioni la descrive meglio?**

Per «sicurezza personale» s”intende sentirsi al sicuro dagli abusi, attacchi o altri danni fisici.

***Barrare [✓] una casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Non ho problemi di sicurezza personale. | 1 |
|  |  |  |
|  | Sono un po’ preoccupato per la mia sicurezza personale. | 2 |
|  |  |  |
|  | Sono molto preoccupato per la mia sicurezza personale. | 3 |

**10b. Se ha dichiarato di essere estremamente preoccupato per la sua sicurezza personale, può dirci perché?**

Responses to this question should not be submitted in the survey data return.

**11. Se pensa alla quantità di contatti sociali che ha avuto con le persone a cui tiene, quali delle seguenti affermazioni la descrive meglio?**

***Barrare [✓] una casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ho tutti i contatti che desidero con le persone a cui tengo | 1 |
|  |  |  |
|  | Ho qualche contatto a livello sociale ma non abbastanza | 2 |
|  |  |  |
|  | Ho pochi contatti sociali con le persone e mi sento socialmente isolato | 3 |

**12. Se pensa all’incoraggiamento e al sostegno che riceve nella sua attività di badante, quali delle seguenti affermazioni la descrive meglio attualmente?**

***Barrare [✓] una casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Credo di ricevere incoraggiamento ed appoggio in merito | 1 |
|  |  |  |
|  | Credo di ricevere incoraggiamento e sostegno ma non abbastanza | 2 |
|  |  |  |
|  | Non credo di ricevere incoraggiamento o sostegno | 3 |

**13. Se pensa alle altre persone di cui si occupa, quali delle seguenti affermazioni descrive meglio?Non includere la persona di cui si occupa per la maggioranza del tempo.**

***Barrare [✓] una casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Non devo occuparmi di nessun altro | 1 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Ho sempre il tempo sufficiente per occuparmi di loro | 2 |
|  |  |  |
|  | A volte ho il tempo sufficiente per occuparmi di loro | 3 |
|  |  |  |
|  | Non ho mai tempo per occuparmi di loro | 4 |

**14. Negli ultimi 12 mesi, la sua salute è stata influenzata dal suo ruolo di badante nelle modalità riportate qui sotto?**

***Barrare [✓] tutte le caselle corrispondenti***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sono stanco | a (1) |
|  |  |  |
|  | Sono depresso | b (1) |
|  |  |  |
|  | Perdita di appetito | c (1) |
|  |  |  |
|  | Non dormo bene | d (1) |
|  |  |  |
|  | Sensazione generale di stress | e (1) |
|  |  |  |
|  | Sforzo fisico (es. schiena) | f (1) |
|  |  |  |
|  | Sono arrabbiato / irritabile | g (1) |
|  |  |  |
|  | Sono andato dal medico | h (1) |
|  |  |  |
|  | Ha influito sulle mie condizioni di salute | I (1) |
|  |  |  |
|  | Ha peggiorato un disturbo esistente | j (1) |
|  |  |  |
|  | Altro | k (1) |
|  |  |  |
|  | No, niente di tutto ciò | l (1) |

**15. Negli ultimi 12 mesi, la sua attività di badante le ha causato problemi economici?**

***Barrare [✓] una casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | No, per nulla | 1 |
|  |  |  |
|  | In qualche modo sì | 2 |
|  |  |  |
|  | Sì, molto | 3 |

**16. Quanto spesso si sente solo?**

***Barrare (✓) una casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Spesso o sempre | 1 |
|  |  |  |
|  | Alcune volte | 2 |
|  |  |  |
|  | Occasionalmente | 3 |
|  |  |  |
|  | Quasi mai | 4 |
|  |  |  |
|  | Mai | 5 |

|  |
| --- |
| **Parte 4: Qualità delle informazioni e della consulenza**  Le seguenti informazioni riguardano la sua opinione sulla qualità delle informazioni e consulenze ricevute. |

**17. Negli ultimi 12 mesi, ha trovato facile o difficile reperire informazioni e ricevere consulenza sui servizi, l’assistenza o i vantaggi ricevuti?Includere informazioni e consulenze da diverse fonti, come le organizzazioni di volontariato, le agenzie private e i Servizi Sociali.**

***Barrare (✓) una casella***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Non ho richiesto informazioni né consulenza negli ultimi 12 mesi. | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Molto facile da trovare | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Abbastanza facile da trovare | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Abbastanza difficile da trovare | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Molto difficile da trovare | 5 |

|  |
| --- |
| Se è stato difficile trovare informazione e consulenza in merito, ci dica perché e come possiamo fare per renderle le cose più facili |
|  |

The “please tell us why” box is optional. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

**18. Negli ultimi 12 mesi, sono state utili le informazioni e le consulenze che ha ricevuto?Includere le informazioni e le consulenze provenienti da diverse organizzazioni, come le organizzazioni di volontariato, le agenzie private e i Servizi Sociali.**

***Barrare (✓) una casella***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Non ho ricevuto informazioni o consulenze negli ultimi 12 mesi | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Molto utili | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Abbastanza utili | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Abbastanza inutili | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Completamente inutili | 5 |

|  |
| --- |
| Se le informazioni e le consulenze che ha ricevuto non sono state utili, ci dica perché e cosa possiamo fare per render le cose più facili. |
|  |

The “please tell us why” box is optional. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| **Parte 5: Organizzazione dell’assistenza e dei servizi erogati negli ultimi 12 mesi**  La prossima domanda riguarda l’organizzazione dell’assistenza e dei servizi erogati per lei e per la persona di cui si occupa. |

**19. Negli ultimi 12 mesi, credi di essere stato coinvolto o informato quanto desideravi, per quanto riguarda l’assistenza o i servizi erogati per la persona di cui si occupa?**

***Barrare (✓) una casella***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Che io sappia, non ci sono state comunicazioni in merito negli ultimi 12 mesi | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Mi hanno sempre informato o consultato | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Di solito mi hanno informato o consultato | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | A volte mi hanno informato o consultato | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Non mi hanno mai informato o consultato | 5 |

|  |
| --- |
| **Parte 6: Su di lei**  La prossima serie di domande ci serve ad avere un quadro generale più completo del tipo di badanti che prendono parte a questo sondaggio. |

**20. Oltre al suo ruolo di badante, di cos”altro si occupa?**

***Barrare [✓] tutte le caselle corrispondenti***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Pensionato | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Lavoratore a tempo pieno | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Lavoratore part-time (lavoro 30 ore o meno) | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Libero professionista a tempo pieno | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Libero professionista part-time | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Lavoro non retribuito | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Lavoro volontario | g (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Altro | h (1) |

**21. Se pensa all’insieme del suo lavoro retribuito e dell’attività di badante, quale delle seguenti affermazioni descrive meglio la sua situazione?**

***Barrare [✓] una casella***

**Lavoro non retribuito**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | Non ho un lavoro retribuito a causa del mio dovere di badante | 1 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | Non ho un lavoro retribuito per altri motivi (es. pensionato) | 2 |
|  | | | | |

**Lavoratore retribuito**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | Ho un lavoro retribuito e sono appoggiato dal mio datore di lavoro | 3 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | Ho un lavoro retribuito ma non mi sento appoggiato dal mio datore di lavoro | 4 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | Non ho bisogno dell’aiuto del mio datore di lavoro per conciliare la mia attività di badante e il mio lavoro | 5 |
|  | |
|  | | | | |

**Libero professionista**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Sono un libero professionista e sono capace di trovare un equilibrio tra il mio lavoro e la mia attività di badante | 6 |
|  |  | Responsabilità |
|  |  |  |  |
|  |  | Sono un libero professionista ma non sono capace di trovare un equilibrio tra il mio lavoro e la mia attività di badante | 7 |
|  |  | Responsabilità |

**22. Da quanto tempo si è occupato o ha aiutato la persona di cui si prende cura?**

***Barrare [✓] una casella***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Meno di 6 mesi | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | Da 6 mesi a 1 anno | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Da 1 a 3 anni | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Da 3 a 5 anni | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Da 5 a 10 anni | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | Da 10 a 15 anni | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | Da 15 a 10 anni | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | 20 anni o anche di più | 8 |

**23. Per quante ore a settimana si occupa di questa persona?**

***Barrare [✓] una casella***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 0-9 ore alla settimana | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | 10-19 ore alla settimana | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 20-34 ore alla settimana | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 35-49 ore alla settimana | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 50-74 ore alla settimana | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | 75-99 ore alla settimana | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | 100 o più ore alla settimana | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | Dipende – Meno di 20 ore alla settimana | 8 |
|  |  |  |  |
|  |  | Dipende – 20 ore alla settimana o anche di più | 9 |
|  |  |  |  |
|  |  | Altro | 10 |

|  |  |
| --- | --- |
| Se la risposta è un altra, la scriva: |  |

**24. Negli ultimi 12 anni, che attività ha svolto per la persona di cui si occupa?**

***Barrare [✓] tutte le caselle corrispondenti***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Cure personali? | a (1) |
|  |  | (Per esempio cambiare i vestiti, fare il bagno, lavare, fare la barba, tagliare le unghie, dare da mangiare, andare in bagno) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Aiuto fisico? | b (1) |
|  |  | (Aiutare a camminare, a salire e scendere le scale, ad andare a letto e ad alzarsi) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Aiuto per gestire i servizi di assistenza o i vantaggi che spettano alla persona? | c (1) |
|  |  | (Per esempio fissare appuntamenti, fare telefonate, riempire moduli) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Aiuto con i documenti o le questioni economiche? | d (1) |
|  |  | (Scrivere lettere, inviare carte, compilare moduli, gestire le fatture, banca) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Altri tipi di aiuto pratico? | e (1) |
|  |  | (Per esempio preparare i pasti, fare la spesa, fare il bucato, le faccende di casa, giardinaggio, decorare, riparare la casa, andare dal medico o all’ospedale) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Fare compagnia? | f (1) |
|  |  | (Per esempio farle visita, sedersi con la persona, leggere, parlare, giocare a carte o a giochi da tavolo) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Uscire con la persona? | g (1) |
|  |  | (Per esempio fare una passeggiata o un giro in macchina, portarla a vedere amici o parenti) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Dare medicine? | h (1) |
|  |  | (Per esempio assicurarsi che prenda le medicine, fare iniezioni, cambiare le garze) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Dare un’occhiata per vedere se va tutto bene? | i (1) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Offrire sostegno emotivo? | j (1) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Altri tipi di aiuto? | k (1) |

**25. Lei soffre di una delle seguenti condizioni?**

***Barrare [✓] tutte le caselle corrispondenti***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Disabilità o menomazione | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Perdita della vista o dell’udito | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Un disturbo o malattia mentale | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Una disabilità o difficoltà nell’apprendimento | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Una malattia di lunga data | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Altro | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Niente di tutto ciò | g (1) |

**26 .Su quanti figli di 18 anni o meno ha la patria potestà?**

***Barrare [✓] una casella***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 0 | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | 1 | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 2 | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 4+ | 5 |

**27. L’ha aiutata qualcuno a compilare questo questionario?**

***Barrare [✓] una casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sì | 1 |
|  |  |  |
|  | No | 2 |

Councils may seek further information on the category of person who helped here if they wish – but these should only be categories of person (e.g. relative) and not names. Any expanded categories need to be aggregated back to just an overall ‘yes’ category before entering the results onto the data return.

**28. Quanti anni ha lei? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anni**

Councils may choose to omit the above question if it can be supplied accurately from their current records.

**29. Lei è un uomo o una donna?**

***Barrare [✓] una casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Uomo | 1 |
|  |  |  |
|  | Donna | 2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Altro | 2 |

Councils may choose to omit the above question if it can be supplied accurately from their current records.

**30.** **A quale gruppo ritiene di appartenere?**

***Spunti (🗸) una sola casella***

**Bianco**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Inglese / Scozzese / Nord irlandese / Britannico | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | Irlandese | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Viaggiatore gitano o irlandese | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Altra etnia bianca | 4 |
|  |  |  |  |

**Gruppi etnici multipli / misti**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Caraibico bianco e nero | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | Africano bianco e nero | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | Bianco e asiatico | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | Altra etnia multipla / mista | 8 |

**Asiatico / Asiatico britannico**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Indiano | 9 |
|  |  |  |  |
|  |  | Pakistano | 10 |
|  |  |  |  |
|  |  | Bangladese | 11 |
|  |  |  |  |
|  |  | Cinese | 12 |
|  |  |  |  |
|  |  | Altra etnia asiatica | 13 |
|  |  |  |  |

*L’elenco continua alla pagina successiva*

**Nero / Africano / Caraibico / Britannico nero**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Africano | 14 |
|  |  |  |  |
|  |  | Caraibico | 15 |
|  |  |  |  |
|  |  | Altra etnia nera / africana / caraibica | 16 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Altro gruppo etnico**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Arabo | 17 |
|  |  |  |  |
|  |  | Altra etnia | 18 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Preferisco non dirlo | 19 |

Councils may choose to omit the above question and supply data from their own records if they are confident of the quality and coverage of the information about the carer’s assessment of their ethnic origin in their current records. Councils including this question may break down the categories further if they wish to do so.

**Sezione 7: Commenti**

Il prossimo gruppo di domande consente di fornire ulteriori informazioni sulle proprie esperienze.

**31. Utilizzi lo spazio fornito qui sotto per descrivere altre esperienze di cui desidera informarci o per inserire ulteriori commenti.**

|  |
| --- |
|  |

The question above is for local use and can be omitted. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

**32. Potremmo richiedere al alcuni di voi di partecipare a lavori di ricerca successivi a questo studio.**

**Vorrebbe partecipare ad altri lavori di ricerca in merito?**

*La informiamo che anche se risponde «sì» non vi sarà l’obbligo di prendervi parte nel futuro.*

***Barrare (🗸) una casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sì, ho inserito il mio nome, indirizzo e numero di telefono nello spazio sotto |  |
|  |
|  |  |  |
|  | No |  |

**Se desidera essere contattato a riguardo, fornisca i suoi dati di contatto qui sotto:**

Nome:

Indirizzo:

Numero di telefono:

Email (facoltativa):

The question above is optional and can be omitted if councils have no intention of conducting any follow-up research.

Se volete visionare una copia del rapporto nazionale relativo all'inchiesta, lo potrete vedere pubblicato in autunno oltre ad essere disponibile sul sito di GOV.UK.

Please ensure a paper copy version is available for carers to request. Amend the options depending on whether a local findings paper or the national report will be sent.

Possiamo fornire una copia per posta o per e-mail (l'e-mail è molto più economica). Quale preferisce? (barrare una sola casella):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Email |
|  |
|  |  |
|  | Posta |

Se desidera ricevere una copia digitale dei risultati/conclusioni delle autorità locali, (cancellare la dicitura non pertinente) o del rapporto nazionale, la preghiamo di indicare il proprio indirizzo e-mail nel riquadro sottostante (si prega di notare che ciò avverrà dopo la pubblicazione del rapporto nazionale in estate):

Email:

Se desidera ricevere per posta una copia dei risultati/conclusioni delle autorità locali (cancellare la dicitura non pertinente) o del rapporto nazionale, la preghiamo di indicare il proprio nome e indirizzo nel riquadro sottostante (si prega di notare che ciò avverrà dopo la pubblicazione del rapporto nazionale in estate):

Nome:

Indirizzo:

Name:

Address:

Name:

Address:

**La ringraziamo per la sua collaborazione.**

Name:

Address:

**Lo rispedisca nella busta che le abbiamo fornito.**

**Non è necessario affrancarla.**

|  |
| --- |
| **Le sue risposte saranno tenute in considerazione se rispedisce questo modulo entro [insert date]** |