**I suoi servizi di assistenza sociale e di sostegno**

Non è obbligatorio rispondere a tutte le domande; se non desidera rispondere a una domanda, o non conosce la risposta, passi alla domanda successiva.

**Sezione 1: Livello di soddisfazione generale con l’assistenza sociale e il sostegno che riceve**

**1. In generale, in quale misura si ritiene soddisfatto o insoddisfatto dei servizi di assistenza e di sostegno che riceve?**

*Con “servizi di assistenza e sostegno” intendiamo qualsiasi attrezzatura o assistenza fornita dal personale retribuito per aiutarla. Il personale potrebbe essere fornito da [Social Services], un’agenzia o una casa di cura o potrebbe averlo incaricato lei stesso utilizzando il denaro ricevuto da [Social Services] attraverso un pagamento diretto.*

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sono estremamente soddisfatto | 1 |
|  |  |  |
|  | Sono molto soddisfatto | 2 |
|  |  |  |
|  | Sono piuttosto soddisfatto | 3 |
|  |  |  |
|  | Non sono né soddisfatto né insoddisfatto | 4 |
|  |  |  |
|  | Sono piuttosto insoddisfatto | 5 |
|  |  |  |
|  | Sono molto insoddisfatto | 6 |
|  |  |  |
|  | Sono estremamente insoddisfatto | 7 |

**Sezione 2: La sua qualità di vita**

Quando risponde alle seguenti domande, pensi alla qualità di vita nel complesso, considerando anche l’aiuto che riceve da altre persone oltre che da **[Social Services]**.

**2a. Pensando agli aspetti positivi e a quelli negativi riguardo alla sua qualità di vita, come valuta nel complesso la sua qualità di vita?**

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ottima, non potrebbe essere migliore | 1 |
|  |  |  |
|  | Molto buona | 2 |
|  |  |  |
|  | Buona | 3 |
|  |  |  |
|  | Accettabile | 4 |
|  |  |  |
|  | Scarsa | 5 |
|  |  |  |
|  | Molto scarsa | 6 |
|  |  |  |
|  | Pessima, non potrebbe essere peggiore | 7 |

**2b. I servizi di assistenza e sostegno la aiutano ad avere una migliore qualità di vita?**

***Spunti (✓) una sola casella***

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

**2c. Quale delle seguenti dichiarazioni descrive meglio il suo livello di scelta per quanto riguarda i servizi di assistenza e di sostegno che riceve?**

*Per “scelta” intendiamo avere la possibilità di scegliere tra una gamma di fornitori di assistenza e di servizi e di cambiare operatore se e quando richiesto.*

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ho abbastanza scelta per quanto riguarda i servizi di assistenza sociale e di sostegno | 1 |
|  |  |  |
|  | Non ho abbastanza scelta per quanto riguarda i servizi di assistenza sociale e di sostegno | 2 |
|  |  |  |
|  | Non desidero e non richiedo alcuna scelta per quanto riguarda i servizi di assistenza e di sostegno | 3 |

**3a. Quale delle seguenti dichiarazioni descrive meglio il suo livello di controllo sulla sua vita quotidiana?**

*Per “controllo sulla vita quotidiana” intendiamo la possibilità di scegliere di fare le cose o di farle fare ad altri come e quando desidera.*

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ho tutto il controllo che desidero sulla mia vita quotidiana | 1 |
|  |  |  |
|  | Ho un controllo adeguato sulla mia vita quotidiana | 2 |
|  |  |  |
|  | Ho un certo livello di controllo sulla mia vita quotidiana ma non abbastanza | 3 |
|  |  |  |
|  | Non ho alcun controllo sulla mia vita quotidiana | 4 |

**3b. I servizi di assistenza e sostegno la aiutano ad avere il controllo sulla sua vita quotidiana?**

*Con “servizi di assistenza e sostegno” intendiamo qualsiasi attrezzatura o assistenza fornita dal personale pagato per aiutarla. Il personale potrebbe essere fornito da [Social Services] o un’agenzia o potrebbe averlo reclutato lei stesso utilizzando il denaro ricevuto da [Social Services] attraverso un pagamento diretto.*

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Non ho bisogno di cure e servizi di supporto che mi aiutino ad avere il controllo sulla mia vita quotidiana | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sì | 2 |
|  |  |  |
|  | No | 3 |

**4a. Per quanto riguarda l’igiene personale e il mantenimento di un aspetto esteriore ordinato e presentabile, quale delle seguenti dichiarazioni descrive meglio la sua situazione?**

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mi sento pulito e sono in grado di presentarmi come voglio | 1 |
|  |  |  |
|  | Mi sento adeguatamente pulito e presentabile | 2 |
|  |  |  |
|  | Non mi sento adeguatamente pulito o presentabile | 3 |
|  |  |  |
|  | Non mi sento affatto pulito o presentabile | 4 |

**OPTIONAL QUESTION – Councils should remove this question if they do not want to include it in the questionnaire. Responses to this question should not be submitted in the survey data return.**

**4b. I servizi di assistenza e sostegno la aiutano a sentirsi pulito e a mantenere un aspetto esteriore ordinato e presentabile?**

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Non ho bisogno di cure e servizi di supporto che mi aiutino a mantenermi pulito e presentabile | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sì | 2 |
|  |  |  |
|  | No | 3 |

**5a. Per quanto riguarda il cibo e le bevande che riceve, quale delle seguenti dichiarazioni descrive meglio la sua situazione?**

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ricevo tutto il cibo e le bevande che desidero quando lo desidero | 1 |
|  |  |  |
|  | Ricevo cibo e bevande in misura adeguata in tempi accettabili | 2 |
|  |  |  |
|  | Non ricevo sempre cibo e bevande in misura o tempi adeguati | 3 |
|  |  |  |
|  | Non ricevo sempre cibo e bevande in misura o in tempi adeguati e penso che la mia salute sia in pericolo | 4 |
|  |  |

**OPTIONAL QUESTION – Councils should remove this question if they do not want to include it in the questionnaire. Responses to this question should not be submitted in the survey data return.**

**5b. I servizi di assistenza e sostegno la aiutano a ricevere cibo e bevande?**

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Non ho bisogno di cure e servizi di supporto che mi aiutino a procurarmi cibo e bevande | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sì | 2 |
|  |  |  |
|  | No | 3 |

**6a. Quale delle seguenti dichiarazioni descrive meglio lo stato di pulizia e di comfort della sua abitazione?**

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | La mia abitazione è pulita e confortevole come la desidero | 1 |
|  |  |  |
|  | La mia abitazione è adeguatamente pulita e confortevole | 2 |
|  |  |  |
|  | La mia abitazione non è abbastanza pulita o confortevole | 3 |
|  |  |  |
|  | La mia abitazione non è affatto pulita o confortevole | 4 |

**OPTIONAL QUESTION – Councils should remove this question if they do not want to include it in the questionnaire. Responses to this question should not be submitted in the survey data return.**

**6b. I servizi di assistenza e sostegno la aiutano a tenere la casa pulita e confortevole?**

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Non ho bisogno di cure e servizi di supporto che mi aiutino a mantenere la mia casa pulita e confortevole | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sì | 2 |
|  |  |  |
|  | No | 3 |

**7a. Quale delle seguenti dichiarazioni descrive meglio quanto si sente al sicuro?**

*Per sentirsi al sicuro intendiamo quanto si sente al sicuro sia in casa che fuori. Questo comprende la paura di maltrattamenti, cadute o altri danni fisici.*

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mi sento molto al sicuro | 1 |
|  |  |  |
|  | In genere mi sento adeguatamente al sicuro, ma non tanto  quanto vorrei | 2 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Non mi sento adeguatamente al sicuro | 3 |
|  |  |  |
|  | Non mi sento affatto al sicuro | 4 |

**7b. Se hai detto di non sentirti al sicuro, puoi spiergarci il perché?**

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

**7c. I servizi di assistenza e sostegno la aiutano a sentirsi al sicuro?**

***Spunti (✓) una sola casella***

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

**8a. Per quanto riguarda il contatto con le persone che le piacciono, quale delle seguenti dichiarazioni descrive meglio la sua situazione sociale?**

***Spunti (✓) una casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ho tutte le occasioni di contatto sociale che desidero con le persone che mi piacciono | 1 |
|  |  |  |
|  | Ho adeguati contatti sociali con le persone | 2 |
|  |  |  |
|  | Ho qualche forma di contatto sociale con le persone, ma non abbastanza | 3 |
|  |  |  |
|  | Ho pochi contatti sociali con le persone e mi sento isolato | 4 |
|  |  |

**OPTIONAL QUESTION – Councils should remove this question if they do not want to include it in the questionnaire. Responses to this question should not be submitted in the survey data return.**

**8b. I servizi di assistenza e sostegno la aiutano a mantenere contatti sociali con le persone?**

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Non ho bisogno di assistenza e servizi di supporto che mi aiutino ad avere contatti sociali con le persone | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sì | 2 |
|  |  |  |
|  | No | 3 |

**9a. Quale delle seguenti dichiarazioni descrive meglio come trascorre il suo tempo?**

*Quando pensa a come trascorre il suo tempo, includa qualsiasi cosa che è importante per lei o che le piace fare, come attività di svago, occupazione lavorativa formale, lavoro volontario o non retribuito e assistenza ad altre persone.*

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sono in grado di trascorrere il tempo come preferisco, facendo cose che contano per me o che mi piacciono | 1 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Sono in grado di fare abbastanza cose che contano per me o che mi piacciono | 2 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Faccio alcune delle cose che contano per me o che mi piacciono nel mio tempo, ma non in misura sufficiente | 3 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Non faccio niente che conta davvero per me o che mi piace nel mio tempo | 4 |

**OPTIONAL QUESTION – Councils should remove this question if they do not want to include it in the questionnaire. Responses to this question should not be submitted in the survey data return.**

**9b. I servizi di assistenza e sostegno la aiutano a trascorrere il tempo come desidera?**

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Non ho bisogno di cure e servizi di supporto che mi aiutino nel modo in cui trascorro il mio tempo | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sì | 2 |
|  |  |  |
|  | No | 3 |

**10. Quale di queste dichiarazioni descrive meglio in che modo l'assistenza che riceve influisce sulla percezione che ha di se stesso?**

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ricevere assistenza migliora quello che penso e provo per me stesso | 1 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Ricevere assistenza non influenza quello che penso o provo per me stesso | 2 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Ricevere assistenza a volte sminuisce quello che penso e provo per me stesso | 3 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Ricevere assistenza sminuisce completamente quello che penso e provo per me stesso | 4 |
|  |  |

**11. Quale delle seguenti dichiarazioni descrive meglio come il modo in cui è assistito e trattato influisce sulla percezione che ha di se stesso?**

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Il modo in cui sono assistito e trattato migliora quello che penso e provo per me stesso | 1 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Il modo in cui sono assistito e trattato non influenza quello che penso o provo per me stesso | 2 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Il modo in cui sono assistito e trattato talvolta sminuisce quello che penso e provo per me stesso | 3 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Il modo in cui sono assistito e trattato sminuisce completamente quello che penso e provo per me stesso | 4 |
|  |

**12. Ti senti spesso solo?**

***Barrare la casella corrispondente***

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

**Sezione 3: Consigli e informazioni**

**13. Nello scorso anno, in generale ha trovato facile o difficile ottenere informazioni e consigli su forme di assistenza, servizi o sussidi disponibili?**

*Includa informazioni da diverse fonti, come organizzazioni di volontariato e agenzie private, oltre ai* **[Social Services]***.*

*Spunti (✓) una sola casella*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Non ho mai cercato di ottenere informazioni o consigli | 1 |
|  |  |  |
|  | Molto facili da ottenere | 2 |
|  |  |  |
|  | Abbastanza facili da ottenere | 3 |
|  |  |  |
|  | Abbastanza difficili da ottenere | 4 |
|  |  |  |
|  | Molto difficili da ottenere | 5 |

Se è stato difficile trovare informazioni e consigli in merito, potresti dirci il perché e cosa possiamo fare per rendere le cose più semplici?

|  |
| --- |
|  |

The “please tell us why” box is optional. Responses to this question should not be submitted in the survey data return.

**Sezione 4: La sua salute**

**14. Come valuta la sua salute in generale?**

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Molto buona | 1 |
|  |  |  |
|  | Buona | 2 |
|  |  |  |
|  | Accettabile | 3 |
|  |  |  |
|  | Cattiva | 4 |
|  |  |  |
|  | Pessima | 5 |

**15. Indichi quale delle seguenti dichiarazioni descrive meglio il suo stato di salute odierno, spuntando la casella corrispondente.**

* 1. **Dolore o fastidio**

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Non ho dolore o fastidio | 1 |
|  |  |  |
|  | Ho un dolore o fastidio moderato | 2 |
|  |  |  |
|  | Ho un dolore o fastidio grave | 3 |

* 1. **Ansia o depressione**

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Non sono né ansioso né depresso | 1 |
|  |  |  |
|  | Sono moderatamente ansioso o depresso | 2 |
|  |  |  |
|  | Sono estremamente ansioso o depresso | 3 |

**16. Spunti (✓) la casella che descrive meglio la sua abilità per ciascuna delle seguenti domande.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Posso farlo facilmente da solo | Ho qualche problema a farlo da solo | Non posso farlo da solo |
| a. Di solito riesce a spostarsi da solo in casa (escluso fare le scale)? | **□**1 | **□**2 | **□**3 |
|  | | | |
| b. Di solito riesce a entrare e uscire dal letto (o a sedersi e ad alzarsi da una poltrona) da solo? | **□**1 | **□**2 | **□**3 |
|  | | | |
| c. Di solito riesce a mangiare da solo? | **□**1 | **□**2 | **□**3 |
|  | | | |
| d. Di solito gestisce le sue finanze e l’amministrazione (per esempio, pagare le bollette o scrivere lettere) da solo? | **□**1 | **□**2 | **□**3 |

**17. Spunti (✓) la casella che descrive meglio la sua abilità per ciascuna delle seguenti domande.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Posso farlo facilmente da solo | Ho qualche problema a farlo da solo | Non posso farlo da solo |
| a. Di solito riesce a lavarsi completamente da solo, utilizzando la vasca o la doccia? | **□**1 | **□**2 | **□**3 |
|  | | | |
| b. Di solito riesce a vestirsi o a svestirsi da solo? | **□**1 | **□**2 | **□**3 |
|  | | | |
| c. Di solito riesce a usare i servizi igienici da solo? | **□**1 | **□**2 | **□**3 |
|  | | | |
| d. Di solito riesce a lavarsi il viso e le mani da solo? | **□**1 | **□**2 | **□**3 |

**Sezione 5: L’ambiente circostante**

**18. Come valuta la disposizione interna della sua abitazione rispetto alle sue necessità?**

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | La mia abitazione risponde perfettamente alle mie necessità | 1 |
|  |  |  |
|  | La mia abitazione risponde alla maggior parte delle mie necessità | 2 |
|  |  |  |
|  | La mia abitazione risponde ad alcune delle mie necessità | 3 |
|  |  |  |
|  | La mia abitazione è completamente inadeguata per le mie necessità | 4 |

**19. Per quanto riguarda gli spostamenti all’esterno della sua abitazione, quale delle seguenti dichiarazioni descrive meglio la sua situazione?**

*Può includere sia gli spostamenti autonomi sia quelli effettuati con l’assistenza di qualcun altro*

***Spunti (✓) una sola casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Posso recarmi in tutti i posti che voglio nella mia zona | 1 |
|  |  |  |
|  | Talvolta trovo difficoltà a recarmi nei posti della mia zona che vorrei raggiungere | 2 |
|  |
|  |  |  |
|  | Non sono in grado di recarmi in tutti i posti della mia zona che vorrei raggiungere | 3 |
|  |
|  |  |  |
|  | Non esco mai di casa | 4 |

**Sezione 6: Informazioni su di lei, l’utente dei servizi**

Le risposte al prossimo gruppo di domande saranno usate per ottenere una panoramica degli utenti che hanno preso parte a questo questionario. Per esempio, useremo le domande per assicurarci che i servizi siano distribuiti in maniera equa tra persone di origine o estrazione sociale diversa.

**20. Riceve aiuto pratico regolarmente da sua moglie/suo marito, dal compagno/dalla compagna, dagli amici, parenti o vicini di casa?**

***Spunti (✓) tutte le caselle rilevanti***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sì, da qualcuno appartenente al mio nucleo familiare | a (1) |
|  |  |  |
|  | Sì, da qualcuno estraneo al mio nucleo familiare | b (1) |
|  |  |  |
|  | No | c (1) |

**21. Acquista ulteriore assistenza o sostegno privatamente o paga una somma ulteriore per ricevere ulteriore assistenza e sostegno?**

***Spunti (✓) tutte le caselle rilevanti***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sì, acquisto assistenza e sostegno ulteriore con i miei soldi | a (1) |
|  |
|  |  |  |
|  | Sì, la mia famiglia paga perché io riceva assistenza e sostegno ulteriore | b (1) |
|  |
|  |  |  |
|  | No | c (1) |

**22. Ha ricevuto aiuto da qualcun altro per compilare questo questionario?**

***Spunti (✓) una casella***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | No, non ho ricevuto nessun aiuto | 1 |
|  |  |  |
|  | Ho ricevuto aiuto da una badante | 2 |
|  |  |  |
|  | Ho ricevuto aiuto da qualcuno appartenente al mio nucleo familiare | 3 |
|  |  |  |
|  | Ho ricevuto aiuto da qualcuno estraneo al mio nucleo familiare | 4 |

**23. Quale tipo di aiuto ha ricevuto?**

***Spunti (✓) tutte le caselle rilevanti***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Non ho ricevuto nessun aiuto | a(1) |
|  |  |  |
|  | Qualcun altro mi ha letto le domande | b(1) |
|  |  |  |
|  | Qualcun altro mi ha tradotto le domande | c(1) |
|  |  |  |
|  | Qualcun altro ha scritto le mie risposte | d(1) |
|  |  |  |
|  | Ho discusso le domande con qualcun altro | e(1) |
|  |  |  |
|  | Qualcun altro ha risposto per me, senza pormi le domande | f(1) |
|  |

**Paragrafo 7: Commenti**

La prossima serie di domande ti consente di fornire informazioni aggiuntive sulla tua esperienza.

**24. Utilizza il riquadro seguente per raccontare le altre esperienze che hai avuto, o per lasciare un commento personale**

|  |
| --- |
|  |

**The question above is for local use and can be omitted. Responses to this question should not be submitted in the survey data return.**

**OPTIONAL QUESTION – Councils should remove this question if they do not want to include it in the questionnaire. Responses to this question should not be submitted in the survey data return.**

**25. Potremmo chiedere ad alcuni intervistati di partecipare a una ricerca di approfondimento per questo studio l’anno prossimo.**

**Le farebbe piacere essere invitato a prendervi parte?**

*Le confermiamo che, anche se dovesse accettare ora di partecipare, non ci sarà alcun obbligo di partecipazione in futuro.*

***Spunti (🗸) una sola casella***

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

**Se sarebbe disponibile a essere contattato a questo scopo, inserisca i suoi recapiti qui:**

Name:

Address:

Telephone number:

Email address (optional):

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 service users 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 via e-mail (l'e-mail è molto più economica). Quale preferisci? (spuntare una sola casella):

|  |  |
| --- | --- |
|  | E-mail |
|  |
|  |  |
|  | Posta |

Se si desidera una copia digitale dei risultati/ conclusioni dell'autorità locale (cancellare la voce non pertinente)/ relazione nazionale, si prega di fornire il proprio indirizzo e-mail nella casella sottostante (ciò avverrà dopo la pubblicazione della relazione nazionale in autunno):

Indirizzo email:

Se vuoi ricevere per posta una copia dei risultati / conclusioni dell'autorità locale (cancellare la voce non pertinente)/ relazione nazionale, si prega di fornire il proprio nome e indirizzo nella casella sottostante (Si prega di notare che ciò avverrà dopo la pubblicazione della relazione nazionale in autunno):

Nome:

Indirizzo:

**La ringraziamo per l’aiuto che ci ha fornito compilando questo questionario.**

**La preghiamo di rispedircelo usando la busta fornita.**

**Non è necessario affrancare la busta.**

|  |
| --- |
| **Perché possiamo tenere in considerazione il suo punto di vista, ci restituisca il modulo entro il DATE** |