

# LE FAMIGLIE E I LORO BISOGNI

## QUESTIONARIO CONOSCITIVO

### DATI DEL BAMBINO/A – RAGAZZO/A

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_ Sesso: M F

Grado di nascita: I II III ..... Scolarità: \_\_\_\_\_ Luogo di residenza: \_\_\_\_\_

### CARATTERISTICHE DEL NUCLEO FAMILIARE:

PADRE Età: \_\_\_\_\_ Istruzione: \_\_\_\_\_ Professione: \_\_\_\_\_

MADRE Età: \_\_\_\_\_ Istruzione: \_\_\_\_\_ Professione: \_\_\_\_\_

FRATELLI Età: \_\_\_\_\_ Sesso: M F FRATELLI Età: \_\_\_\_\_ Sesso: M F

FRATELLI Età: \_\_\_\_\_ Sesso: M F FRATELLI Età: \_\_\_\_\_ Sesso: M F

### A. Su quali tipi di aiuto/supporto sente di poter contare generalmente:

- |   |            |    |    |    |    |            |
|---|------------|----|----|----|----|------------|
| - Famiglia ristretta (partner, figli)               | Per niente | 0. | 1. | 2. | 3. | Moltissimo |
| - Famiglia allargata (nonni, fratelli/sorelle etc.) | Per niente | 0. | 1. | 2. | 3. | Moltissimo |
| - Gruppo di amici e/o colleghi                      | Per niente | 0. | 1. | 2. | 3. | Moltissimo |
| - Associazioni di famiglie                          | Per niente | 0. | 1. | 2. | 3. | Moltissimo |
| - Istituzione scolastica                            | Per niente | 0. | 1. | 2. | 3. | Moltissimo |
| - Servizi Sanitari (ospedale, ambulatori)           | Per niente | 0. | 1. | 2. | 3. | Moltissimo |

### B. Quanto ritiene utili i seguenti Servizi/Strumenti per migliorare la gestione della malattia e la qualità di vita di suo figlio/a?

- |   |            |    |    |    |    |            |
|---|------------|----|----|----|----|------------|
| - Controlli specialistici sullo stato di salute                                   | Per niente | 0. | 1. | 2. | 3. | Moltissimo |
| - Colloqui di supporto psicologico  | Per niente | 0. | 1. | 2. | 3. | Moltissimo |
| - Incontri di gruppo con altri genitori   | Per niente | 0. | 1. | 2. | 3. | Moltissimo |
| - Associazioni di famiglie  | Per niente | 0. | 1. | 2. | 3. | Moltissimo |
| - Sportello informativo (info. mediche, legislative, fiscali, pratico-gestionali) | Per niente | 0. | 1. | 2. | 3. | Moltissimo |
| - Siti internet   | Per niente | 0. | 1. | 2. | 3. | Moltissimo |

### C. Generalmente, quanto si sente preoccupato/a o in apprensione per la salute di suo/a figlio/a?

Per niente 0. 1. 2. 3. Moltissimo

### D. Come valuterebbe lo stato di salute di suo figlio/a su una scala da 0 a 4?

Per niente 0. 1. 2. 3. Moltissimo

### E. Indichi i momenti in cui ritiene di avere più bisogno di aiuto?

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_