L'impatto della disabilità sul sistema familiare: tra presente e futuro

QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE

Ci rivolgiamo alle famiglie con figli con disabilità residenti nel territorio cremonese.

Vi chiediamo 30 minuti per compilare un questionario in forma anonima ed aiutarci a conoscere meglio il vostro punto di vista sull'impatto che la condizione di disabilità ha sulla vostra famiglia.

I questionari compilati devono essere completati entro il 31 ottobre 2025.

QUESTIONARIO VERSIONE CARTACEA

Per compilare il questionario in versione cartacea scaricandolo dal sito web al seguente indirizzo:

www.aziendasocialecr.it/centro-vita-indipendente/

Vi chiediamo di restituire il questionario in versione cartacea debitamente compilato alla persona che ve lo ha proposto oppure consegnarlo direttamente alla sede del Centro Vita Indipendente Ambito Cremonese.

QUESTIONARIO ONLINE

Per compilare il questionario è necessario accedere alla piattaforma online.
Puoi selezionare il **link** per accedere alla piattaforma:

https://forms.gle/abncJT95SUp75qsA9

Oppure puoi fotografare il **QR Code** con apposita fotocamera:

A conclusione della compilazione, i risultati verranno inviati direttamente tramite e-mail.

Grazie in anticipo per la vostra collaborazione!

Lo Staff
Centro Vita Indipendente
Ambito Cremonese

CENTRO PER LA VITA INDIPENDENTE AMBITO CREMONESE

finanziato da Regione Lombardia
con fondi previsti dalla L.R n.25/2022

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ATS Val Padana

Il **Centro per la Vita Indipendente Ambito Cremonese**

è un nuovo servizio rivolto alle persone con disabilità e ai loro famigliari.

Un servizio di orientamento per la costruzione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.

Un servizio di sostegno per "garantire il diritto alla piena inclusione e partecipazione delle persone con disabilità all'interno della società" (Legge n. 227/2021).

un progetto in collaborazione con:

CONTATTACI

0372 803430 - 0372 1563274

Via S. Antonio del Fuoco, 9/A – CREMONA

cvi.cremona@aziendasocialecr.it

Il **Centro per la Vita Indipendente Ambito Cremonese** è un nuovo servizio rivolto alle persone con disabilità e ai loro famigliari per accompagnarli nella costruzione del progetto di vita.

Il progetto di vita è un nuovo strumento, *individuale, personalizzato e partecipato*, per *"garantire il diritto alla piena inclusione e partecipazione delle persone con disabilità all'interno della società e a favorire la formazione di legami affettivi, anche mediante sostegno alla famiglia"* (Legge n. 227/2021).

Il Centro Vita Indipendente Ambito Cremonese intende avviare una riflessione sull'impatto che la condizione di disabilità ha sulle famiglie residenti nel territorio dell'Ambito Sociale Cremonese

Vi chiediamo 30 minuti del vostro tempo per compilare un questionario in forma anonima per aiutarci a conoscere meglio il vostro punto di vista.

Ci rivolgiamo alle persone con disabilità (dai 16 anni in avanti) e ai loro famigliari che se ne prendono cura.

Vi chiediamo di restituire il questionario in versione cartacea debitamente compilato alla persona che ve lo ha proposto oppure consegnarlo direttamente alla sede del Centro Vita Indipendente Ambito Cremonese.

In alternativa, è possibile compilare il questionario in modalità online.

È sufficiente selezionare il link: **https://forms.gle/abncJT95SUp75qsA9**

oppure selezionare il **QR Code** qui sotto con il vostro cellulare o il vostro PC e seguire le indicazioni nelle sezioni di compilamento. A conclusione della compilazione, i risultati verranno inviati direttamente tramite e-mail.

Nel caso conosceste persone che potrebbero essere interessate a partecipare, vi saremmo grati per la diffusione di questa iniziativa.

I questionari compilati devono essere consegnati entro il 31 ottobre 2025.

Grazie in anticipo per la vostra collaborazione!

Lo Staff del Centro Vita Indipendente Ambito Cremonese

Centro per la Vita indipendente - Ambito Cremonese

Via S. Antonio del Fuoco, 9/A – CREMONA

Tel. 0372 803430 - 0372 1563274

E-mail: cvi.cremona@aziendasocialecr.it

IL QUESTIONARIO È COMPILATO DA:

- ☐ Madre/padre della persona in condizione di disabilità
- ☐ Fratello/sorella della persona in condizione di disabilità
- ☐ Altri parenti (es. nonno, cognato, cugino, etc.) della persona in condizione di disabilità
- ☐ Coniuge o convivente della persona in condizione di disabilità
- ☐ Familiare e Amministratore di Sostegno (ADS)
- ☐ Tutore o Amministratore di Sostegno (ADS)
- ☐ Altro *(specificare):*

.....

COME È VENUTO/A A CONOSCENZA DEL QUESTIONARIO:

- ☐ Tramite il servizio nel quale è inserita la persona con disabilità
- ☐ Tramite l'Assistente Sociale del Comune
- ☐ Tramite amici o parenti o conoscenti
- ☐ Tramite associazioni/gruppi di volontariato
- ☐ L'ho scoperto navigando in internet
- ☐ Altro *(specificare):*

.....

Centro per la Vita indipendente - Ambito Cremonese
Via S. Antonio del Fuoco, 9/A – CREMONA
Tel. 0372 803430 - 0372 1563274 E-mail: cvi.cremona@aziendasocialecr.it

LA PERSONA CON DISABILITÀ: ALCUNE INFORMAZIONI

In questa sezione del questionario vi chiediamo di fornirci alcune informazioni che ci aiutino a delineare alcuni tratti della persona con disabilità.

1. **Genere della persona in condizione di disabilità:**
   - ☐ Maschio
   - ☐ Femmina
   - ☐ Altro

2. **Età della persona in condizione di disabilità *(indicare quanti anni)*** .....

3. **Comune di residenza:** .....

4. **Titolo di studio:**
   - ☐ Licenza elementare
   - ☐ Licenza media
   - ☐ Qualifica professionale
   - ☐ Diploma
   - ☐ Laurea o titolo post laurea
   - ☐ Nessun titolo di studio

5. **Cosa sta facendo attualmente?**
   - ☐ Studente
   - ☐ Occupato
   - ☐ Inserito in un Servizio/Progetto di inclusione sociale
   - ☐ Non lavora
   - ☐ Altro

6. **Indicare l'ultima scuola frequentata:**
   - ☐ Scuola primaria elementari (Classe _____)
   - ☐ Scuola secondaria di I grado medie (Classe _____)
   - ☐ Scuola secondaria di II° grado superiori (Classe _____)
   - ☐ Università (Anno _____)

7. **Se occupato, specificare la tipologia di impegno:**
   - ☐ Tirocinio socio-occupazionale (TIS)
   - ☐ Contratto da dipendente
   - ☐ Volontariato
   - ☐ Nessuna occupazione
   - ☐ Altro (specificare): .....

     .....

8. Se occupato, specificare l'impegno richiesto:

- ☐ Part-time
- ☐ Qualche giorno alla settimana
- ☐ Full time
- ☐ Nessuna occupazione
- ☐ Altro

9. Se inserito in un servizio, specificare quale *(è possibile barrare più opzioni)*:

- ☐ Centro Diurno Disabili (CDD)
- ☐ Centro Socio Educativo (CSE)
- ☐ Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA e SFA Dote)
- ☐ Comunità Alloggio socio sanitarie (CSS)
- ☐ Comunità Alloggio per disabili (CAH)
- ☐ Residenze Sanitario –Assistenziali per persone con disabilità (RSD)
- ☐ Altro *(specificare)*:

.....

10. Diagnosi clinica:

.....

.....

11. Tipologia di disabilità *(è possibile barrare più opzioni)*:

a) Fisica-Motoria *(disabilità dovuta ad un deficitario funzionamento di uno o più delle seguenti strutture-funzioni)*:

- ☐ Sistema muscolo-scheletrico (es. tetra-paraparesi spastica)
- ☐ Sistema Cardiovascolare (es. ictus, neoplasie associate)
- ☐ Sistema Respiratorio (es. enfisema polmonare, neoplasie associate)
- ☐ Sistema Immunitario
- ☐ Sistema Metabolico (es. diabete, neoplasie associate)
- ☐ Sistema Endocrino (es. neoplasie associate)
- ☐ Sistema Ematologico (es. Talassemia, neoplasie associate)
- ☐ Sistema Genito-urinario (es. neoplasie associate)
- ☐ Altro

b) Sensoriale:

- ☐ Sordità
- ☐ Sordomutismo
- ☐ Cecità
- ☐ Altro

c) Psichica Neurologica/genetica:

- ☐ Sindrome di Down
- ☐ Parkinson
- ☐ Alzheimer
- ☐ Sclerosi laterale amiotrofica (S.L.A.)
- ☐ Altro

d) Psichica/Intellettiva:

- ☐ Ritardo cognitivo
- ☐ Disturbi generalizzati dello sviluppo (es. spettro autistico)
- ☐ Disturbi dell'umore
- ☐ Psicosi
- ☐ Altro

IL SISTEMA FAMILIARE: ALCUNE INFORMAZIONI

In questa sezione del questionario vi chiediamo di fornirci alcune informazioni sul sistema familiare della persona con disabilità: sulla famiglia d'origine e sull'eventuale nucleo familiare costituito da sé in età adulta *(come il matrimonio, vivere in modo indipendente, etc.)*.

12. Dove vive la persona con disabilità?

- ☐ Nell'abitazione della famiglia d'origine, insieme al/ai proprio/i genitore/i
- ☐ Nell'abitazione della famiglia d'origine, insieme al/ai proprio/i genitore/i e ai proprio/i fratello/i e/o sorella/e
- ☐ In abitazione autonoma, presso il/la/i proprio/a/i fratello/i/sorella/e
- ☐ In abitazione autonoma, presso altri parenti
- ☐ In propria abitazione, da solo
- ☐ In propria abitazione, con altri coinquilini con disabilità
- ☐ In propria abitazione, con una famiglia da lui/lei costituita
- ☐ In una struttura /istituto
- ☐ Altro *(specificare)*: .....

13. Facendo riferimento alla <u>sola persona con disabilità</u>, ha costituito un proprio nucleo famigliare?

- ☐ Si
- ☐ No

14. Attualmente, quali sono i famigliari che si prendono cura della persona con disabilità (<u>è possibile barrare più opzioni</u>)?

- ☐ Madre
- ☐ Padre

- ☐ Fratelli/sorelli
- ☐ Coniuge
- ☐ Nessuno

15. Se vi sono fratelli o sorelle, si prendono cura della persona con disabilità?

- ☐ Molto
- ☐ Abbastanza
- ☐ Poco
- ☐ Per nulla
- ☐ Non ha fratelli/sorelle

RETE DI SOSTEGNO

In questa sezione del questionario vi chiediamo di fornirci alcune informazioni per meglio comprendere se esiste una trama di relazioni di sostegno: facciamo riferimento ad una rete di socializzazione e sostegno informale e volontario tra persone, centrata sui legami di parentela (cugini, zii, suoceri, etc.), di amicizia o di vicinato.

16. È attualmente presente una rete di sostegno?

- ☐ Sì
- ☐ No

17. Se Sì, da chi è composta *(è possibile indicare una o più risposte tra quelle indicate)*?

- ☐ Volontari
- ☐ Amici
- ☐ Parenti *(cugini, zii, suoceri, etc.)*
- ☐ Altro

18. Se Sì, con quale frequenza la rete di sostegno vi supporta nella cura della persona con disabilità?

- ☐ Ogni giorno
- ☐ Ogni settimana
- ☐ Saltuariamente
- ☐ Al bisogno
- ☐ Non abbiamo una rete di sostegno

19. Se No, per quali motivi?

- ☐ Non abbiamo trovato persone disponibili
- ☐ Non abbiamo trovato persone affidabili
- ☐ Non vogliamo fare affidamento su nessuno
- ☐ Abbiamo una rete di sostegno
- ☐ Altro *(specificare)*: .....

LA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

In questa sezione del questionario vi chiediamo di fornirci alcune informazioni per comprendere quanto l'offerta di servizi, prestazioni ed attività presenti sul territorio riesce ad andare incontro alle esigenze e ai bisogni della persona con disabilità e della sua famiglia.

20. Quali, tra questi servizi, prestazioni ed attività, vengono utilizzati attualmente dalla persona con disabilità)?

Servizi specialistici pubblici *(riabilitazione, neurologo, psicologo, etc.)*	☐ Si	☐ No
Servizi Sanitari *(ospedale, cure domiciliari, etc.)*	☐ Si	☐ No
Servizi Socio-Assistenziali *(assistente sociale, assistenza domicilio, CSE, etc.)*	☐ Si	☐ No
Servizi Socio-Educativi *(educatori a domicilio, progetti inclusione, SFA, etc.)*	☐ Si	☐ No
Servizi di sostegno scolastico *(SAAP, insegnanti sostegno, etc.)*	☐ Si	☐ No
Servizi di inserimento lavorativo *(tirocini socio-occupazionali, Dote Lavoro, etc.)*	☐ Si	☐ No
Attività di socializzazione *(cultura, tempo libero, etc.)*	☐ Si	☐ No
Attività sportive *(sport di gruppo o individuale)*	☐ Si	☐ No
Servizi per la mobilità territoriale *(bus, trasporti pubblici, etc..)*	☐ Si	☐ No

21. Negli ultimi 12 mesi, con quale frequenza la persona con disabilità ha utilizzato questi servizi, prestazioni ed attività?

Servizi specialistici pubblici *(riabilitazione, neurologo, psicologo, etc.)*	☐ Quotidianamente ☐ Periodicamente	☐ Qualche volta ☐ Mai
Servizi Sanitari *(ospedale, cure domiciliari, etc.)*	☐ Quotidianamente ☐ Periodicamente	☐ Qualche volta ☐ Mai
Servizi Socio-Assistenziali *(assistente sociale, assistenza domicilio, CSE, etc.)*	☐ Quotidianamente ☐ Periodicamente	☐ Qualche volta ☐ Mai
Servizi Socio-Educativi *(educatori a domicilio, progetti inclusione, SFA, etc.)*	☐ Quotidianamente ☐ Periodicamente	☐ Qualche volta ☐ Mai
Servizi di sostegno scolastico *(SAAP, insegnanti sostegno, etc.)*	☐ Quotidianamente ☐ Periodicamente	☐ Qualche volta ☐ Mai
Servizi di inserimento lavorativo *(tirocini socio-occupazionali, Dote Lavoro, etc.)*	☐ Quotidianamente ☐ Periodicamente	☐ Qualche volta ☐ Mai

Centro per la Vita indipendente - Ambito Cremonese
Via S. Antonio del Fuoco, 9/A – CREMONA
Tel. 0372 803430 - 0372 1563274 E-mail: cvi.cremona@aziendasocialecr.it

Attività di socializzazione *(cultura, tempo libero, etc.)*	☐ Quotidianamente ☐ Periodicamente	☐ Qualche volta ☐ Mai
Attività sportive *(sport di gruppo o individuale)*	☐ Quotidianamente ☐ Periodicamente	☐ Qualche volta ☐ Mai
Servizi per la mobilità territoriale *(bus, trasporti pubblici, etc..)*	☐ Quotidianamente ☐ Periodicamente	☐ Qualche volta ☐ Mai

22. Quanto vi ritenete soddisfatti della qualità dei servizi ricevuti?

Servizi specialistici pubblici *(riabilitazione, neurologo, psicologo, etc.)*	☐ Molto ☐ Abbastanza	☐ Poco ☐ Per nulla ☐ Servizio non utilizzato
Servizi Sanitari *(ospedale, cure domiciliari, etc.)*	☐ Molto ☐ Abbastanza	☐ Poco ☐ Per nulla ☐ Servizio non utilizzato
Servizi Socio-Assistenziali *(assistente sociale, assistenza domicilio, CSE, etc.)*	☐ Molto ☐ Abbastanza	☐ Poco ☐ Per nulla ☐ Servizio non utilizzato
Servizi Socio-Educativi *(educatori a domicilio, progetti inclusione, SFA, etc.)*	☐ Molto ☐ Abbastanza	☐ Poco ☐ Per nulla ☐ Servizio non utilizzato
Servizi di sostegno scolastico *(SAAP, insegnanti sostegno, etc.)*	☐ Molto ☐ Abbastanza	☐ Poco ☐ Per nulla ☐ Servizio non utilizzato
Servizi di inserimento lavorativo *(tirocini socio-occupazionali, Dote Lavoro, etc.)*	☐ Molto ☐ Abbastanza	☐ Poco ☐ Per nulla ☐ Servizio non utilizzato
Attività di socializzazione *(cultura, tempo libero, etc.)*	☐ Molto ☐ Abbastanza	☐ Poco ☐ Per nulla ☐ Servizio non utilizzato
Attività sportive *(sport di gruppo o individuale)*	☐ Molto ☐ Abbastanza	☐ Poco ☐ Per nulla ☐ Servizio non utilizzato
Servizi per la mobilità territoriale *(bus, trasporti pubblici, etc..)*	☐ Molto ☐ Abbastanza	☐ Poco ☐ Per nulla ☐ Servizio non utilizzato

Centro per la Vita indipendente - Ambito Cremonese
Via S. Antonio del Fuoco, 9/A – CREMONA
Tel. 0372 803430 - 0372 1563274 E-mail: cvi.cremona@aziendasocialecr.it

23. Come valuta la facilità di reperimento delle informazioni per accedere ai servizi, prestazioni ed attività che ha utilizzato?

Servizi specialistici pubblici *(riabilitazione, neurologo, psicologo, etc.)*	☐ Molto facile ☐ Abbastanza facile	☐ Poco facile ☐ Per nulla facile
Servizi Sanitari *(ospedale, cure domiciliari, etc.)*	☐ Molto facile ☐ Abbastanza facile	☐ Poco facile ☐ Per nulla facile
Servizi Socio-Assistenziali *(assistente sociale, assistenza domicilio, CSE, etc.)*	☐ Molto facile ☐ Abbastanza facile	☐ Poco facile ☐ Per nulla facile
Servizi Socio-Educativi *(educatori a domicilio, progetti inclusione, SFA, etc.)*	☐ Molto facile ☐ Abbastanza facile	☐ Poco facile ☐ Per nulla facile
Servizi di sostegno scolastico *(SAAP, insegnanti sostegno, etc.)*	☐ Molto facile ☐ Abbastanza facile	☐ Poco facile ☐ Per nulla facile
Servizi di inserimento lavorativo *(tirocini socio-occupazionali, Dote Lavoro, etc.)*	☐ Molto facile ☐ Abbastanza facile	☐ Poco facile ☐ Per nulla facile
Attività di socializzazione *(cultura, tempo libero, etc.)*	☐ Molto facile ☐ Abbastanza facile	☐ Poco facile ☐ Per nulla facile
Attività sportive *(sport di gruppo o individuale)*	☐ Molto facile ☐ Abbastanza facile	☐ Poco facile ☐ Per nulla facile
Servizi per la mobilità territoriale *(bus, trasporti pubblici, etc..)*	☐ Molto facile ☐ Abbastanza facile	☐ Poco facile ☐ Per nulla facile

TEMPO LIBERO

In questa sezione del questionario vi chiediamo alcune informazioni sul tempo libero. La disabilità scandisce la vita familiare, di coppia, sociale e professionale: il tempo dedicato alla persona in condizione di disabilità (per riabilitazioni, ospedalizzazioni, incontri con i medici o con le varie amministrazioni, ecc.) spesso non consente di riservare un po' di tempo per sé stessi, per esempio, per una parentesi ricreativa oppure una vacanza ogni tanto.

24. Negli ultimi 12 mesi, quanto spesso siete riusciti a ritagliarvi dei momenti di tempo libero solo per voi stessi?

- ☐ Una o più volte alla settimana
- ☐ Una o più volte al mese
- ☐ Saltuariamente
- ☐ Mai

25. Negli ultimi 12 mesi, quanto spesso siete riusciti a ritagliarvi un'occasione di svago da passare tutti insieme con la persona con disabilità?

- ☐ Una o più volte alla settimana
- ☐ Una o più volte al mese
- ☐ Saltuariamente
- ☐ Mai

VALUTAZIONI TRA PRESENTE E FUTURO

In questa ultima sezione del questionario vi chiediamo alcune vostre valutazioni tra presente e futuro: benessere e la qualità di vita, sia della persona con disabilità che per il/i familiare/i che se ne prendono cura quotidianamente

26. Pensando alla qualità di vita sia delle persone con disabilità che dei familiari che se ne prendono cura, di quali servizi ritiene ci sia bisogno di aumentare o migliorare (*è possibile indicare più opzioni tra quelle indicate*)?

Servizi sanitari di cura *(es. Ospedale, Riabilitazione, etc.)*	☐ Sì	☐ No
Servizi a domicilio *(cure domiciliari, SADH, etc.)*	☐ Sì	☐ No
Servizi per l'inclusione scolastica *(SAAP, insegnanti sostegno, etc.)*	☐ Sì	☐ No
Centri e strutture *(es. CSE, SFA, etc.)*	☐ Sì	☐ No
Socializzazione e inclusione sociale *(es. sport, cultura, eventi, Centri Estivi, etc.)*	☐ Sì	☐ No
Servizi di inserimento lavorativo *(tirocini socio-occupazionali, Dote Lavoro, etc.)*	☐ Sì	☐ No
Opportunità di accompagnamento all'autonomia di vita, anche in vista di una possibile vita autonoma al di fuori dalla famiglia d'origine *(es. progetti Dopo di Noi, cohousing, etc.)*	☐ Sì	☐ No

27. Pensando alla vostra specifica famiglia con una persona con disabilità, ritiene che in questo momento i famigliari che se ne prendono cura abbiano maggiormente bisogno di:

Sostegno professionale nella cura	☐ Molto ☐ Abbastanza	☐ Poco ☐ Per nulla
Sostegno professionale domiciliare nella cura	☐ Molto ☐ Abbastanza	☐ Poco ☐ Per nulla

Centro per la Vita indipendente - Ambito Cremonese
Via S. Antonio del Fuoco, 9/A – CREMONA
Tel. 0372 803430 - 0372 1563274 E-mail: cvi.cremona@aziendasocialecr.it

Rete volontaria di sostegno	☐ Molto ☐ Abbastanza	☐ Poco ☐ Per nulla
Sostegno psicologico a causa di conflittualità familiari	☐ Molto ☐ Abbastanza	☐ Poco ☐ Per nulla
Sostegno e supporto psicologico ai fratelli/sorelle	☐ Molto ☐ Abbastanza	☐ Poco ☐ Per nulla
Avere un progetto di vita per il futuro della persona con disabilità	☐ Molto ☐ Abbastanza	☐ Poco ☐ Per nulla

28. Pensando alla vostra specifica famiglia con una persona con disabilità, ritiene che i genitori o i fratelli/sorelle possano essere interessati a partecipare ad incontri a tema (è possibile Indicare una o più risposte)?:

- ☐ Informazione sulla disabilità e sulle conseguenze annesse
- ☐ Informazione sui diritti del familiare con disabilità *(es. esenzioni, pensione, ...)*
- ☐ Informazione sui servizi presenti sul territorio *(es. socio-sanitari, sociali, tempo libero, etc.)*
- ☐ Orientamento per l'accesso ai servizi presenti sul territorio *(es. socio-sanitari, sociali, tempo libero, etc.)*
- ☐ Accompagnamento ai servizi presenti sul territorio *(es. socio-sanitari, sociali, tempo libero, etc.)*
- ☐ Informazione sulle procedure amministrativo/burocratiche da intraprendere
- ☐ Informazione su associazioni/gruppi di mutuo aiuto
- ☐ Formazione di parent training per genitori e fratelli
- ☐ Formazione sul tema dell'affettività/sessualità nella disabilità
- ☐ Progetto di vita per il futuro della persona con disabilità
- ☐ Altro (specificare):

  .....

29. Pensando alla vostra specifica famiglia con una persona con disabilità, quanto ritiene che i genitori o i fratelli/sorelle siano preoccupati per il futuro del proprio congiunto con disabilità?

- ☐ Molto
- ☐ Abbastanza
- ☐ Poco
- ☐ Per nulla

30. Pensando alla vostra specifica famiglia con una persona con disabilità, quali ritiene essere per i genitori, il/i fratello/i e/o sorella/e le maggiori preoccupazioni rispetto al futuro della persona con disabilità *(è possibile indicare una o più risposte)*?

- ☐ Capacità dei figli di sopravvivere ai genitori
- ☐ Salute
- ☐ Relazioni amicali e sentimentali
- ☐ Lavoro
- ☐ Indipendenza economica dai genitori

☐ Dove andrà a vivere e con chi
☐ Altro *(specificare)*:

.....

31. Ha mai sentito parlare di progetto di vita?

☐ SI
☐ NO

32. Ha mai sentito parlare di:

Dopo di Noi (DDN)	☐ Si	☐ No
Progetto Vita Indipendente (Pro.V.I.)	☐ Si	☐ No
Cohousing	☐ Si	☐ No
Vacanze/Tempo Libero di gruppo	☐ Si	☐ No
Misura B1	☐ Si	☐ No
Misura B2	☐ Si	☐ No

La ringraziamo per avere risposto al questionario!

La invitiamo a contattare il Centro per la Vita indipendente - Ambito Cremonese per accompagnarvi nella costruzione del progetto di vita.

Lo Staff del Centro per la Vita indipendente - Ambito Cremonese

Centro per la Vita indipendente - Ambito Cremonese

Via S. Antonio del Fuoco, 9/A – CREMONA

Tel. 0372 803430 - 0372 1563274

E-mail: cvi.cremona@aziendasocialecr.it