



Data di risposta al questionario:

Nome del programma:
Nome dell'organizzazione:
Identità del cliente:

DOMESTIC ABUSE PROGRAMME IMPACT OUTCOME MONITORING TOOLKIT

T0 Utente- Modulo di auto-valutazione all'inizio dell'intervento (Primo contatto)

Ti saremmo grati se tu rispondessi al seguente questionario, che ci assicurerà di essere d'aiuto alle persone nel miglior modo possibile.

Per prima cosa, ci sono alcune domande su di te – per favore, crocetta soltanto una risposta per ogni domanda. Dopo di ciò, troverai 14 domande relative alle ragioni che ti hanno spinto a rivolgerti al nostro programma e che cosa potrebbe cambiare come risultato del tuo percorso. Per la maggior parte delle domande ti verrà richiesto di crocettare o di inserire un numero nella casella relativa alla risposta. Se hai bisogno di aiuto o se qualcosa non ti è chiaro, puoi chiedere collaborazione per la compilazione all'operatore del Centro. È importante che tu lo restituisca interamente compilato.

Segna la tua età tra i seguenti gruppi:

- < meno di 18
- 18-21
- 22-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- >60

Il tuo status lavorativo attuale:

- lavoratore a tempo pieno
- lavoratore part time
- lavoratore part time e ti prendi cura dei figli/famiglia
- disoccupato
- disoccupato e ti prendi cura dei figli/famiglia
- mi occupo dei bambini/famiglia
- in formazione o studente
- pensionato
- inabile al lavoro per problemi di salute
- altro: _____

Questo questionario è progettato solo per gli uomini che hanno messo in atto un comportamento violento contro la propria partner.

Reddito:

- lotto per pagare i bisogni primari (casa, bollette, cibo, mantenimento figli, spese di lavoro)
- riesco a pagare i bisogni essenziali, ma niente di più
- riesco occasionalmente a concedermi qualcosa o a mettere da parte qualcosa
- riesco regolarmente a concedermi qualcosa, mi posso permettere delle vacanze o mettere da parte qualcosa
- riesco a gestire il denaro comodamente – non ho preoccupazioni al riguardo
- introito elevato

Per piacere, conferma il tuo genere:

- Maschio Femmina

Altro: _____

Il genere della tua partner/ex partner (colei contro la quale hai agito violenza):

- Maschio Femmina

Altro: _____

UNO: Come sei arrivato al programma

1. Come sei arrivato a conoscenza di questo programma?

Per favore crocetta tutte le risposte più rilevanti

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Poster/Internet e/o altra pubblicità | <input type="checkbox"/> Salute – dottore/ospedale |
| <input type="checkbox"/> Forze dell'Ordine | <input type="checkbox"/> Helpline |
| <input type="checkbox"/> Servizi per la protezione dei minori | <input type="checkbox"/> Amici/famiglia/colleghi |
| <input type="checkbox"/> Tribunale penale | <input type="checkbox"/> Partner/ex partner |
| <input type="checkbox"/> Messa alla prova | <input type="checkbox"/> Servizi di counselling/Servizi di salute mentale |
| <input type="checkbox"/> Tribunale civile (ingiunzione) | <input type="checkbox"/> Servizi di mediazione familiare/di coppia |
| <input type="checkbox"/> Tribunale civile (procedimenti per la custodia minori) | <input type="checkbox"/> Giustizia riparativa |
| <input type="checkbox"/> Servizi per le dipendenze | <input type="checkbox"/> Luoghi religiosi (chiesa, moschea,...) |
| | <input type="checkbox"/> Altro: _____ |

2. Quali sono le ragioni che ti hanno portato a frequentare il programma?

Per favore, crocetta tutte quelle che ti riguardano

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Devo venire perché è parte della mia sentenza penale o è una condizione di messa alla prova | <input type="checkbox"/> Voglio smettere di utilizzare un comportamento abusante |
| <input type="checkbox"/> Devo venire perché me lo ha detto il Tribunale Civile | <input type="checkbox"/> Non voglio che la mia partner mi lasci |
| <input type="checkbox"/> Devo venire perché me lo hanno detto i Servizi Sociali per i minori | <input type="checkbox"/> Non voglio che la mia partner abbia paura di me |
| <input type="checkbox"/> Non voglio tornare in prigione | <input type="checkbox"/> Non voglio che i miei figli abbiano paura di me |
| <input type="checkbox"/> Vorrei essere un padre migliore per i miei figli | <input type="checkbox"/> Voglio che la mia partner/ex partner si senta al sicuro con me vicino |
| <input type="checkbox"/> Voglio smettere di agire violenza | <input type="checkbox"/> Vorrei che la mia relazione andasse meglio |
| | <input type="checkbox"/> Altro: _____ |

DUE: Comportamento nei confronti della tua partner/ex-partner

Vorremmo sapere se il comportato che hai avuto nella tua relazione più recente possa aver arrecato danno alla tua partner. Vorremmo che facessi riferimento a tutti gli episodi accaduti, anche quelli che non consideri particolarmente gravi.

3. Comportamento emotivo

Quanto spesso hai messo in atto i seguenti comportamenti contro la tua partner o la tua più recente partner?

La volta in cui sei stato abusante contro di lei.

<i>Quanto spesso hai messo in atto i seguenti comportamenti con la tua partner o con la tua più recente ex partner? (la compagna contro la quale hai utilizzato un comportamento violento)</i>	Negli ultimi 12 mesi			Prima degli ultimi 12 mesi		
	MAI	QUALCHE VOLTA	SPESSO	MAI	QUALCHE VOLTA	SPESSO
La hai isolata dagli amici e dalla famiglia						
Le hai detto che cosa fare, dove andare, chi vedere						
Hai messo la partner in condizione di doverti chiedere il permesso per fare alcune cose come uscire, vedere amici, etc.						
Hai minacciato di fare del male ai bambini						
Si è impaurita rispetto a cose che hai detto/fatto						
Le hai impedito di lasciare casa						

Hai il controllo del denaro familiare						
Hai minacciato di farle del male						
Gelosia estrema o possessività						
Le hai detto che cosa indossare o che cosa non indossare o come pettinarsi/truccarsi						
La hai umiliata/messa in imbarazzo di fronte agli altri						
Altro: _____						

4. Comportamento fisico

Quanto spesso hai messo in atto i seguenti comportamenti contro la tua partner o la tua più recente ex partner?

La volta in cui sei stato abusante contro di lei.

<i>Quanto spesso hai messo in atto i seguenti comportamenti con la tua partner o con la tua più recente ex partner? (la compagna contro la quale hai utilizzato un comportamento violento)</i>	Negli ultimi 12 mesi			Prima degli ultimi 12 mesi		
	MAI	QUALCHE VOLTA	SPESSO	MAI	QUALCHE VOLTA	SPESSO
La hai schiaffeggiata/spintonata						
Le hai dato calci/pugni						
La hai picchiata						
La hai bruciata						
La hai morsa						
La hai trattenuta, contenuta o legata						
Le hai messo le mani al collo, tentato di soffocarla o strangolarla						
La hai minacciata fisicamente						
La hai colpita con oggetti o armi						
La hai minacciata con oggetti o armi						
Hai minacciato di ucciderla						
Le hai impedito di chiedere aiuto a seguito di un episodio						
Hai agito comportamenti di stalking/la hai seguita/molestata						
L'hai rinchiusa in casa o in una stanza						
Altro: _____						

5. Comportamento sessuale

Quanto spesso hai messo in atto i seguenti comportamenti contro la tua partner o la tua più recente ex partner?

La volta in cui sei stato abusante contro di lei.

<i>Quanto spesso hai messo in atto i seguenti comportamenti con la tua partner o con la tua più recente ex partner? (la compagna contro la quale hai utilizzato un comportamento violento)</i>	Nell'ultimo anno			Prima dell'ultimo anno		
	MAI	QUALCHE VOLTA	SPESSO	MAI	QUALCHE VOLTA	SPESSO
La hai toccata in modo da provocarle paura/allarme/angoscia						
La hai forzata ad avere rapporti sessuali che lei non voleva						
La hai ferita o fatto del male durante un rapporto sessuale						
Non hai rispettato i limiti o le safe word concordate						
Hai rifiutato le sue richieste di utilizzare contraccezioni o protezioni per aver rapporti sicuri						
La hai costretta ad avere rapporti sessuali quando lei non voleva o non ti sei fermato quando lei te lo ha chiesto						
La hai abusata sessualmente in ogni altro modo						
Hai minacciato di abusarla sessualmente						
Altro: _____						

6. Impatto del tuo comportamento

Quale impatto pensi che il comportamento sopra descritto abbia mai avuto sul tuo partner / ex-partner in qualsiasi momento? Per favore, crocetta tutte quelle dichiarazioni che pensi possano riguardarla a seguito del comportamento che hai avuto.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lesioni come contusioni/graffi/tagli minori | <input type="checkbox"/> Si sente in ansia/panico/perdita della concentrazione |
| <input type="checkbox"/> Lesioni che hanno necessitato l'intervento di un medico/ospedale | <input type="checkbox"/> Si sente isolata/impedita ad uscire |
| <input type="checkbox"/> Non ha avuto impatto | <input type="checkbox"/> Si sente arrabbiata/offesa |
| <input type="checkbox"/> Ha perso la fiducia in me | <input type="checkbox"/> Ha messo in atto comportamenti auto lesivi/ha tentato il suicidio |
| <input type="checkbox"/> Vorrebbe lasciarmi | <input type="checkbox"/> Hai temuto per la sua vita |
| <input type="checkbox"/> Depressione/disturbi del sonno | <input type="checkbox"/> Ha dovuto fare attenzione a ciò che diceva/faceva |
| <input type="checkbox"/> Non ha più fiducia in me | <input type="checkbox"/> E' preoccupata che tu la lasci |
| <input type="checkbox"/> Si sente incapace di farcela | <input type="checkbox"/> Ha difeso se stessa/figli/animali |
| <input type="checkbox"/> Ha perso la fiducia e si sente inutile | <input type="checkbox"/> L'hai fatta impaurire |
| <input type="checkbox"/> Si sente triste | <input type="checkbox"/> Altro: _____ |

7. Come mai pensi di aver messo in atto alcuni di questi comportamenti?

Per favore, crocetta tutte le risposte che ti riguardano

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Per fermarla dal far qualcosa | <input type="checkbox"/> Per il tuo uso di alcol o droghe |
| <input type="checkbox"/> Perché mi permetteva di percepire il controllo | <input type="checkbox"/> Per impedirle di lasciarti |
| <input type="checkbox"/> Perché rideva di me | <input type="checkbox"/> Perché non ti sentivi sufficientemente bene/ti sentivi insicuro |
| <input type="checkbox"/> Perché mi ha tradito/rifiutato | <input type="checkbox"/> Perché eri geloso/possessivo |
| <input type="checkbox"/> Per farle fare quello che avrei voluto che lei facesse | |
| <input type="checkbox"/> Perché non ti fidavi di lei | <input type="checkbox"/> Altro: _____ |

8. Negli ultimi 12 mesi, quante volte sono intervenuta le Forze dell'Ordine a casa a causa dei comportamenti violenti agiti contro la tua partner/ex?

- non ancora
- una volta
- 2-5 volte
- 6-10 volte
- più di 10 volte

TRE: i tuoi figli

9. Quali delle seguenti affermazioni riguardano i tuoi figli?

Crocetta tutte le risposte che ti riguardano

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vivo con i miei figli | <input type="checkbox"/> Mi sono stati tolti i figli e sono stati adottati da un'altra coppia |
| <input type="checkbox"/> Non vivo con i miei figli ma li vedo regolarmente | <input type="checkbox"/> Non penso che i nostri figli abbiano risentito degli abusi |
| <input type="checkbox"/> La mia ex partner non mi permette di vedere i figli | <input type="checkbox"/> Uno o più dei miei figli è arrabbiato o è sconvolto con/da me |
| <input type="checkbox"/> Il Tribunale mi ha negato la convivenza con i miei figli | <input type="checkbox"/> Uno o più dei miei figli è arrabbiato/sconvolto con/da la mia partner/ex partner per ciò che è successo |
| <input type="checkbox"/> Il Tribunale mi ha impedito di avere contatto/accesso con i miei figli | <input type="checkbox"/> Uno o più dei miei figli è attualmente in carico con i Servizi per i minori o in protezione a causa della violenza nella nostra relazione |
| <input type="checkbox"/> Ho fatto ricorso in Tribunale per avere contatto con i nostri figli | |

QUATTRO: La tua partner/ex partner (quella con cui hai messo in atto comportamenti violenti) e la vostra relazione

10. In questo momento, quanto pensi che la tua partner/ex abbia paura di te?

- Mai
- Raramente
- Qualche volta
- Spesso
- Sempre/Per la maggior parte del tempo

11. Qual è lo status della tua relazione con la tua partner/ex partner adesso?

- Siamo insieme e viviamo insieme
- Siamo insieme ma viviamo separati
- Stiamo interrompendo la relazione
- La relazione è finita e viviamo separati
- Non lo so
- Altro: _____

12. Quali sono le tue speranze future per la relazione?

- Che potremmo stare insieme e vivere insieme
- Che la relazione termini
- Non lo so
- Sto frequentando un'altra persona
- Altro: _____

CINQUE: Considerazioni conclusive

13. Di cosa pensi di poter aver bisogno per aiutarti a non essere più violento e a non avere comportamenti abusivi nelle tue relazioni?

14. C'è qualche cos'altro che vorresti dirci?

Grazie per aver compilato il questionario. Restituiscilo all'operatore che te lo ha consegnato o ad un membro del Centro.

Le informazioni che ci hai fornito ci permetteranno di aiutarti nell'interruzione dei comportamenti violenti e potranno essere condivise con te per individuare i cambiamenti che farai nel tempo in cui frequenterai il programma.

Ti chiederemo di compilare un questionario simile a metà del tuo programma e di nuovo al suo termine o se deciderai di interrompere il programma prima del termine.

Grazie!