



*"Servizi di orientamento finalizzati a favorire la permanenza e il rientro nel sistema di istruzione e di Istruzione e Formazione Professionale, ad agevolare la transizione scuola-lavoro, a contrastare la dispersione scolastico-formativa, anche in collaborazione con i Servizi Territoriali" CIG 39615430B4*

2) Servizi di orientamento finalizzati a favorire la permanenza e il rientro nel sistema di istruzione e di istruzione e formazione professionale, ad agevolare la transizione scuola-lavoro, a contrastare la dispersione scolastico-formativa, anche in collaborazione con i servizi territoriali per la durata di 18 mesi – LINEA B “Azioni di supporto alla costituzione e consolidamento di reti interistituzionali finalizzate alla promozione del successo formativo” CUP G59E12000210002

## **“Per un sistema di monitoraggio e valutazione della funzione di ascolto nei sistemi dell’Istruzione e dell’Istruzione e Formazione Professionale”**

### **KIT STRUMENTI**

Versione n. 1

Data: 30 settembre 2013

Organizzato in  
collaborazione con: **CE.TRANS. SRL**  
Centro per Transizioni al Lavoro e nel Lavoro Srl a socio unico ALMA MATER  
STUDIORUM – UNIVERSITA’ DI BOLOGNA  
Via Ranzanii 14, 40127 Bologna Tel. 051. 252166, Fax 051. 4211932





**"Servizi di orientamento finalizzati a favorire la permanenza e il rientro nel sistema di istruzione e di Istruzione e Formazione Professionale, ad agevolare la transizione scuola-lavoro, a contrastare la dispersione scolastico-formativa, anche in collaborazione con i Servizi Territoriali"** CIG 39615430B4

2) Servizi di orientamento finalizzati a favorire la permanenza e il rientro nel sistema di istruzione e di istruzione e formazione professionale, ad agevolare la transizione scuola-lavoro, a contrastare la dispersione scolastico-formativa, anche in collaborazione con i servizi territoriali per la durata di 18 mesi – LINEA B “Azioni di supporto alla costituzione e consolidamento di reti interistituzionali finalizzate alla promozione del successo formativo” CUP G59E12000210002

## Sommario

Sommario.....	2
<b>1. SCHEDE PER LA VALUTAZIONE DEL SERVIZIO .....</b>	<b>3</b>
<u>SCHEDA SERVIZIO OPERATORI INPUT (SA_O_I).....</u>	<u>4</u>
<u>SCHEDA SERVIZIO OPERATORI OUTPUT (SA_O_O).....</u>	<u>8</u>
<b>2. SCHEDE PER LA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI DI ACCOGLIENZA/CONSULENZA INFORMATIVA .....</b>	<b>14</b>
<u>SCHEDA INTERVENTO ACCOGLIENZA /CONSULENZA INFORMATIVA OPERATORI OUTPUT (II_O_O).....</u>	<u>15</u>
<u>SCHEDA INTERVENTO ACCOGLIENZA /CONSULENZA INFORMATIVA STUDENTI OUTPUT (II_S_O).....</u>	<u>20</u>
<u>SCHEDA INTERVENTO ACCOGLIENZA /CONSULENZA INFORMATIVA FAMIGLIE OUTPUT (II_F_O).....</u>	<u>23</u>
<b>3. SCHEDE PER LA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI DI CONSULENZA.....</b>	<b>26</b>
<u>SCHEDA INTERVENTO CONSULENZA OPERATORI INPUT (C_O_I).....</u>	<u>27</u>
<u>SCHEDA INTERVENTO CONSULENZA OPERATORI OUTPUT (C_O_O).....</u>	<u>30</u>
<u>SCHEDA INTERVENTO CONSULENZA STUDENTI INPUT (C_S_I).....</u>	<u>34</u>
<u>SCHEDA INTERVENTO CONSULENZA STUDENTI OUTPUT (C_S_O).....</u>	<u>37</u>
<u>SCHEDA INTERVENTO CONSULENZA FAMIGLIE INPUT (C_F_I).....</u>	<u>40</u>
<u>SCHEDA INTERVENTO CONSULENZA FAMIGLIE OUTPUT (C_F_O).....</u>	<u>44</u>
<b>4. SCHEDE PER LA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI RIVOLTI AI DOCENTI.....</b>	<b>47</b>
<u>SCHEDA INTERVENTO DOCENTI OUTPUT (DOC_O).....</u>	<u>48</u>

Organizzato in  
collaborazione con:

**CE.TRANS. SRL**

Centro per Transizioni al Lavoro e nel Lavoro Srl a socio unico ALMA MATER  
STUDIORUM – UNIVERSITA' DI BOLOGNA  
Via Ranzanii 14, 40127 Bologna Tel. 051. 252166, Fax 051. 4211932



## SCHEDA SERVIZIO OPERATORI INPUT (SA\_O\_I)

### Dati conoscitivi

**Istituto Scolastico:** \_\_\_\_\_

**Distretto Scolastico:** \_\_\_\_\_

**Operatore:** \_\_\_\_\_

Di seguito troverà alcune domande finalizzate a raccogliere dati conoscitivi rispetto alla sua figura professionale ed alle azioni previste nell'ambito dello Sportello di Ascolto.

### DATI ANAGRAFICI OPERATORE

1. Eta':	
<input type="checkbox"/> fino ai 30	<input type="checkbox"/> 41 - 50
<input type="checkbox"/> 31 - 40	<input type="checkbox"/> 51 e oltre

2. Genere:	
<input type="checkbox"/> M	
<input type="checkbox"/> F	

### 3. Categoria professionale:

<input type="checkbox"/>	Insegnante (indicare eventuale funzione specifica) _____
<input type="checkbox"/>	Educatore professionale
<input type="checkbox"/>	Pedagogista
<input type="checkbox"/>	Psicologo
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare): _____

### 4. Anni di esperienza in qualità di operatore per Sportello di Ascolto:

<input type="checkbox"/>	Meno di 5
<input type="checkbox"/>	Da 6 a 10
<input type="checkbox"/>	10 e oltre

## ORGANIZZAZIONE DELLO SPORTELLLO DI ASCOLTO

5. Data avvio attività: \_\_\_\_\_  
6. Data termine attività (prevista): \_\_\_\_\_  
7. Monte ore previsto: \_\_\_\_\_

### 8. Lo Sportello di Ascolto ha un'articolazione:

<input type="checkbox"/>	Su più giornate la settimana
<input type="checkbox"/>	Settimanale
<input type="checkbox"/>	Quindicinale
<input type="checkbox"/>	Mensile
<input type="checkbox"/>	Modulabile in base alle esigenze

### 9. Lo Sportello di Ascolto è aperto in orario:

<input type="checkbox"/>	Scolastico
<input type="checkbox"/>	Extrascolastico
<input type="checkbox"/>	Entrambi

### 10. I canali di accesso allo Sportello di Ascolto per studenti e famiglie sono:

<input type="checkbox"/>	Appuntamento tramite segreteria
<input type="checkbox"/>	Appuntamento tramite insegnante referente dello Sportello di Ascolto
<input type="checkbox"/>	Richiesta diretta
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare): _____)

### 11. Lo Sportello di Ascolto viene promosso tramite:

<input type="checkbox"/>	Presentazione all'interno del P.O.F.
<input type="checkbox"/>	Pubblicità nella bacheca dell'Istituto
<input type="checkbox"/>	Pubblicità sul sito web dell'Istituto
<input type="checkbox"/>	Incontri aperti rivolti a studenti/famiglie

<input type="checkbox"/>	Incontri aperti al personale docente e altro personale dell'Istituto
<input type="checkbox"/>	Presentazioni ai gruppi classe
<input type="checkbox"/>	Altro: _____

**12. Lo Sportello di Ascolto afferisce o partecipa formalmente a reti con altri soggetti territoriali?**

<input type="checkbox"/>	Sì (indicare: _____)
<input type="checkbox"/>	No

## SCHEDA SERVIZIO OPERATORI OUTPUT (SA\_O\_O)

### Dati conoscitivi

**Istituto Scolastico:** \_\_\_\_\_

**Distretto Scolastico:** \_\_\_\_\_

**Operatore:** \_\_\_\_\_

Di seguito troverà alcune domande finalizzate a raccogliere dati conoscitivi rispetto alla sua figura professionale ed alle azioni previste nell'ambito dello Sportello di Ascolto.

### ORGANIZZAZIONE DELLO SPORTELLO DI ASCOLTO

1. Data avvio attività: \_\_\_\_\_
2. Data termine attività (effettiva): \_\_\_\_\_
3. Monte ore realizzato: \_\_\_\_\_

**4. Il monte ore stabilito per lo Sportello di Ascolto è stato sufficiente a coprire le necessità dell'utenza?**

Sì, perché \_\_\_\_\_

No, perché \_\_\_\_\_

**5. Nel corso del periodo di attività dello Sportello di Ascolto, è stato necessario rimodulare l'organizzazione dei tempi (es. calendarizzazione appuntamenti, orario scolastico/extrascolastico)?**

Sì, perché \_\_\_\_\_

No, perché \_\_\_\_\_

**6. Si sono verificate problematiche in merito ai canali di accesso allo Sportello di Ascolto?**

Sì, perché \_\_\_\_\_

No, perché \_\_\_\_\_

**7. La promozione dello Sportello di Ascolto è risultata adeguata?**

<input type="checkbox"/>	Sì, perché _____
<input type="checkbox"/>	No, perché _____

**8. Nel corso del periodo di attività dello Sportello, si sono costituite nuove reti con soggetti territoriali?**

<input type="checkbox"/>	Sì (indicare: _____)
<input type="checkbox"/>	No, perché _____

**ATTIVITÀ REALIZZATE**

**9. Nel complesso, quali tipologie di attività sono state realizzate?**

	N° interventi	N° ore
<i>INTERVENTI RIVOLTI AGLI STUDENTI</i>		
<input type="checkbox"/> Accoglienza/consulenza informativa per studenti		
<input type="checkbox"/> Consulenza individuale per studenti		
<input type="checkbox"/> Consulenza a piccoli gruppi di studenti		
<input type="checkbox"/> Formazione su temi specifici/incontri aperti in classe		
<i>INTERVENTI RIVOLTI ALLE FAMIGLIE</i>		
<input type="checkbox"/> Accoglienza/consulenza informativa per familiari		
<input type="checkbox"/> Consulenza individuale per familiari		
<input type="checkbox"/> Formazione su temi specifici/incontri aperti		
<i>INTERVENTI RIVOLTI AI DOCENTI</i>		
<input type="checkbox"/> Osservazione in classe		
<input type="checkbox"/> Consulto individuale su casi		
<input type="checkbox"/> Consulto di gruppo (gruppo docenti/consiglio di classe) su casi		
<input type="checkbox"/> Supporto individuale relativo a situazioni/vissuti personali		
<input type="checkbox"/> Formazione su temi specifici		
<i>ALTRO</i>		
<input type="checkbox"/> Altro: _____		

10. **Nel complesso, quanto ritiene efficaci gli interventi rivolti agli studenti?**

	Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
Accoglienza/consulenza informativa individuale	1	2	3	4	5
Consulenza individuale	1	2	3	4	5
Consulenza a piccoli gruppi di studenti					
Formazione su temi specifici/incontri aperti	1	2	3	4	5
<b>Specificare il motivo della risposta:</b>					

11. **Nel complesso, quanto ritiene efficaci gli interventi rivolti alle famiglie?**

	Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
Accoglienza/consulenza informativa individuale	1	2	3	4	5
Consulenza individuale	1	2	3	4	5
Formazione su temi specifici/incontri aperti in classe	1	2	3	4	5
<b>Specificare il motivo della risposta:</b>					

12. **Nel complesso, quanto ritiene efficaci gli interventi rivolti ai docenti?**

	Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
Osservazione in classe	1	2	3	4	5
Consulto individuale su casi	1	2	3	4	5
Consulto di gruppo (gruppo docenti/consiglio di classe) su casi	1	2	3	4	5
Supporto individuale relativo a situazioni/vissuti personali	1	2	3	4	5
Formazione su temi specifici	1	2	3	4	5
<b>Specificare il motivo della risposta:</b>					



## SCHEMA INTERVENTO ACCOGLIENZA /CONSULENZA INFORMATIVA OPERATORI OUTPUT (II\_O\_O)

### Dati conoscitivi

**Istituto Scolastico:** \_\_\_\_\_

**Distretto Scolastico:** \_\_\_\_\_

**Utente (sigla):** \_\_\_\_\_

**Operatore:** \_\_\_\_\_

Di seguito troverà alcune domande finalizzate a raccogliere la Sua valutazione rispetto alle azioni svolte nell'ambito dello Sportello di Ascolto.

#### 1. L'utente si è rivolto allo Sportello di Ascolto per:

(utilizzi la scala di risposta compresa tra 1- Per niente- e 5-Del tutto, barrando il numero che meglio rappresenta la sua opinione)

	Per niente -->					Del tutto
<i>CRITICITÀ NELL'AMBITO DEL PERCORSO SCOLASTICO LEGATE A ...</i>						
Problemi nelle relazioni con gli insegnanti	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Problemi nelle relazioni con i compagni di classe	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Difficoltà di concentrazione durante le lezioni o lo studio	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Ansia prima delle interrogazioni/compiti in classe	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Rendimento scolastico non soddisfacente (in una o più materie)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Difficoltà nell'organizzazione del proprio tempo in relazione agli impegni	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Scelta del percorso scolastico (in corso o futuro)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Passaggio tra scuole di grado diverso	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Motivazione verso il percorso scolastico	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<i>SE STUDENTI: CRITICITÀ NELLA VITA PRIVATA LEGATE A ...</i>						
Rapporti con gli amici/i pari	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Comunicazione con i genitori/la famiglia	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Rispetto delle regole imposte dalla famiglia	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Identità (aspetto fisico, affettività, sessualità, ecc.)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Trasferimenti/integrazione culturale	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Dipendenze (stupefacenti, videogiochi)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<i>SE GENITORI: CRITICITÀ NEL RAPPORTO CON IL/LA FIGLIO/A LEGATE A ...</i>						
Comunicazione	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	

Rispetto delle regole da parte del figlio/a	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Dare loro supporto (es. rispetto al percorso scolastico, alle relazioni con i docenti, ecc.)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Difficoltà del figlio/a relative alla sfera affettiva	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Difficoltà del figlio/a connesse all'immagine di sé	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Difficoltà comportamentali del figlio/a	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**Note:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2. In relazione alle tematiche portate dall'utente, ha realizzato il seguente intervento:**

<input type="checkbox"/>	Accoglienza
<input type="checkbox"/>	Consulenza informativa
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare): _____

**3. Ritieni che l'intervento realizzato sia stato di supporto all'utente per:**

	Per niente -->			Del tutto	
Reperire informazioni che ha difficoltà a trovare da solo/a	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Trovare soluzione ad un problema concreto offrendo consigli	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Trovare soluzione ad un problema concreto aiutandolo a chiarirsi le idee	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Trovare soluzione ad un problema concreto indicando qualcuno a cui rivolgersi	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Capire meglio se stesso	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Capire meglio i propri genitori/ figlio/a	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Capire meglio i propri amici/compagni di classe (se studente)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Superare un momento di difficoltà	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Stare bene a scuola/in classe	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**4. Nel complesso, quanto ritieni efficace l'intervento in relazione alle problematiche emerse?**

Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
1	2	3	4	5

**Specificare il motivo della risposta:**

---



---



---

## CONCLUSIONE DELL'INTERVENTO:

### 5. L'intervento si è concluso:

- In modo concordato
- Per volontà dell'utente
- Per termine attività dello SDA (es. termine anno scolastico, esaurimento ore sportello)

### 6. L'intervento ha previsto il rinvio ad altro servizio territoriale?

- Sì (specificare): \_\_\_\_\_
- No

### 7. In relazione alle tematiche portate dall'utente, intende promuovere azioni che coinvolgano altri soggetti interni alla scuola? Se sì, quali?

<input type="checkbox"/>	Incontro formativo con le famiglie
<input type="checkbox"/>	Incontro formativo con gli studenti
<input type="checkbox"/>	Osservazione in classe
<input type="checkbox"/>	Passaggio di informazioni ad altri soggetti interni alla scuola (es. insegnanti; coordinamento di classe; insegnante referente; educatore professionale) (specificare): _____
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare): _____

## SCHEDA INTERVENTO ACCOGLIENZA /CONSULENZA INFORMATIVA STUDENTI OUTPUT (II\_S\_O)

### Dati conoscitivi

**Istituto Scolastico:** \_\_\_\_\_

**Utente (sigla):** \_\_\_\_\_

**Eta':** \_\_\_\_\_

**Genere:**             **M**    **F**

Di seguito troverai alcune domande finalizzate a raccogliere la Tua valutazione rispetto alle azioni previste nell'ambito dello Sportello di Ascolto.

### 1. Hai ricevuto dallo Sportello di Ascolto un supporto per:

	Per niente -->					Del tutto
	1	2	3	4	5	
Reperire informazioni che hai difficoltà a trovare da solo/a	1	2	3	4	5	
Trovare soluzione ad un problema concreto ricevendo consigli	1	2	3	4	5	
Trovare soluzione ad un problema concreto ricevendo un aiuto a chiarirti le idee	1	2	3	4	5	
Trovare soluzione ad un problema concreto facendoti indicare qualcuno a cui rivolgerti	1	2	3	4	5	
Capire meglio te stesso	1	2	3	4	5	
Capire meglio i tuoi genitori	1	2	3	4	5	
Capire meglio i tuoi amici/compagni di classe	1	2	3	4	5	
Superare un momento difficile	1	2	3	4	5	
Stare bene a scuola/in classe	1	2	3	4	5	

### 2. Ritieni sufficiente il supporto ricevuto?

<input type="checkbox"/>	Sì, perché _____
<input type="checkbox"/>	No, perché _____

### 3. Nel complesso, quanto sei soddisfatto dal servizio offerto dallo Sportello di Ascolto?

Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
1	2	3	4	5

**Specificare il motivo della risposta:**

---

---

---

**4. Nel complesso, quanto ritieni utile il servizio offerto dallo Sportello di Ascolto?**

Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
1	2	3	4	5

**Specificare il motivo della risposta:**

---

---

---

**5. Ti sentiresti di consigliare ad un conoscente (es. amici/compagni di scuola) di rivolgersi allo Sportello di Ascolto?**

Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
1	2	3	4	5

**Specificare il motivo della risposta:**

---

---

---

## SCHEDA INTERVENTO ACCOGLIENZA /CONSULENZA INFORMATIVA FAMIGLIE OUTPUT (II\_F\_O)

### Dati conoscitivi

**Istituto Scolastico:** \_\_\_\_\_

**Utente (sigla):** \_\_\_\_\_

**Eta':** \_\_\_\_\_

**Genere:**             **M**    **F**

**Età del figlio/a:** \_\_\_\_\_

**Genere del figlio/a:**    **M**    **F**

Di seguito troverà alcune domande finalizzate a raccogliere la Sua valutazione rispetto alle azioni previste nell'ambito dello Sportello di Ascolto.

### 1. Ha ricevuto dallo Sportello di Ascolto un supporto per:

	Per niente -->			Del tutto	
Reperire informazioni che ha difficoltà a trovare da solo/a	1	2	3	4	5
Trovare soluzione ad un problema concreto ricevendo consigli	1	2	3	4	5
Trovare soluzione ad un problema concreto ricevendo un aiuto a chiarirsi le idee	1	2	3	4	5
Trovare soluzione ad un problema concreto facendosi indicare qualcuno a cui rivolgersi	1	2	3	4	5
Capire meglio se stesso	1	2	3	4	5
Capire meglio il proprio figlio/a	1	2	3	4	5
Capire meglio gli amici/compagni di classe del figlio/a	1	2	3	4	5
Superare un momento difficile	1	2	3	4	5
Lo stare bene a scuola/in classe del figlio/a	1	2	3	4	5

### 2. Ritieni sufficiente il supporto ricevuto?

<input type="checkbox"/>	Sì, perché _____
<input type="checkbox"/>	No, perché _____

**3. Nel complesso, quanto è soddisfatto dal servizio offerto dallo Sportello di Ascolto?**

Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
1	2	3	4	5

**Specificare il motivo della risposta:**

---

---

---

**4. Nel complesso, quanto ritiene utile il servizio offerto dallo Sportello di Ascolto?**

Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
1	2	3	4	5

**Specificare il motivo della risposta:**

---

---

---

**5. Si sentirebbe di consigliare ad un conoscente (es. un altro genitore) di rivolgersi allo Sportello di Ascolto?**

Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
1	2	3	4	5

**Specificare il motivo della risposta:**

---

---

---

## SCHEDA INTERVENTO CONSULENZA OPERATORI INPUT (C\_O\_I)

### Dati conoscitivi

**Istituto Scolastico:** \_\_\_\_\_

**Distretto Scolastico:** \_\_\_\_\_

**Utente (sigla):** \_\_\_\_\_

**Operatore:** \_\_\_\_\_

Di seguito troverà alcune domande finalizzate a raccogliere la Sua valutazione rispetto alle azioni previste nell'ambito dello Sportello di Ascolto.

Le preghiamo di fornirci un'indicazione circa le aspettative che Si è costruito circa tali azioni.

### 1. L'utente si è rivolto allo Sportello di Ascolto per:

(utilizzi la scala di risposta compresa tra 1- Per niente- e 5-Del tutto, barrando il numero che meglio rappresenta la sua opinione)

	Per niente -->					Del tutto
<i>CRITICITÀ NELL'AMBITO DEL PERCORSO SCOLASTICO LEGATE A ...</i>						
Problemi nelle relazioni con gli insegnanti	1	2	3	4	5	
Problemi nelle relazioni con i compagni di classe	1	2	3	4	5	
Difficoltà di concentrazione durante le lezioni o lo studio	1	2	3	4	5	
Ansia prima delle interrogazioni/compiti in classe	1	2	3	4	5	
Rendimento scolastico non soddisfacente (in una o più materie)	1	2	3	4	5	
Difficoltà nell'organizzazione del proprio tempo in relazione agli impegni	1	2	3	4	5	
Scelta del percorso scolastico (in corso o futuro)	1	2	3	4	5	
Passaggio tra scuole di grado diverso	1	2	3	4	5	
Motivazione verso il percorso scolastico	1	2	3	4	5	
<i>SE STUDENTI: CRITICITÀ NELLA VITA PRIVATA LEGATE A ...</i>						
Rapporti con gli amici/i pari	1	2	3	4	5	
Comunicazione con i genitori/la famiglia	1	2	3	4	5	
Rispetto delle regole imposte dalla famiglia	1	2	3	4	5	
Identità (aspetto fisico, affettività, sessualità, ecc.)	1	2	3	4	5	
Trasferimenti/integrazione culturale	1	2	3	4	5	
Dipendenze (stupefacenti, videogiochi)	1	2	3	4	5	



<i>SE GENITORI: CRITICITÀ NEL RAPPORTO CON IL/LA FIGLIO/A LEGATE A ...</i>					
Comunicazione	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Rispetto delle regole da parte del figlio/a	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Dare loro supporto (es. rispetto al percorso scolastico, alle relazioni con i docenti, ecc.)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Difficoltà del figlio/a relative alla sfera affettiva	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Difficoltà del figlio/a connesse all'immagine di sé	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Difficoltà comportamentali del figlio/a	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**Note:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2. Si aspetta di poter supportare l'utente per:**

	Per niente -->			Del tutto	
Reperire informazioni che ha difficoltà a trovare da solo/a	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Trovare soluzione ad un problema concreto offrendo consigli	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Trovare soluzione ad un problema concreto aiutandolo a chiarirsi le idee	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Trovare soluzione ad un problema concreto indicando qualcuno a cui rivolgersi	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Capire meglio se stesso	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Capire meglio i propri genitori/ figlio/a	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Capire meglio i propri amici/compagni di classe (se studente)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Superare un momento di difficoltà	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Stare bene a scuola/in classe	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**3. In relazione alle tematiche portate dall'utente, intende proporre il seguente intervento:**

<input type="checkbox"/>	Consulenza specialistica individuale (es. counseling relativo a problematiche/disagio personale, familiare, scolastico)
<input type="checkbox"/>	Consulenza orientativa individuale
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare): _____

## **SCHEDA INTERVENTO CONSULENZA OPERATORI OUTPUT (C\_O\_O)**

### **Dati conoscitivi**

**Istituto Scolastico:** \_\_\_\_\_

**Distretto Scolastico:** \_\_\_\_\_

**Utente (sigla):** \_\_\_\_\_

**Operatore:** \_\_\_\_\_

Di seguito troverà alcune domande finalizzate a raccogliere la Sua valutazione rispetto alle azioni previste nell'ambito dello Sportello di Ascolto.

Le preghiamo di fornirci un'indicazione circa le aspettative che Si è costruito circa tali azioni.

### **1. Ritiene che l'intervento realizzato sia stato di supporto all'utente per:**

	<b>Per niente --&gt;</b>			<b>Del tutto</b>	
Reperire informazioni che ha difficoltà a trovare da solo/a	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Trovare soluzione ad un problema concreto offrendo consigli	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Trovare soluzione ad un problema concreto aiutandolo a chiarirsi le idee	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Trovare soluzione ad un problema concreto indicando qualcuno a cui rivolgersi	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Capire meglio se stesso	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Capire meglio i propri genitori/ figlio/a	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Capire meglio i propri amici/compagni di classe (se studente)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Superare un momento di difficoltà	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Stare bene a scuola/in classe	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

### **2. Quale/i tipologie di intervento ha proposto?**

<input type="checkbox"/>	Consulenza specialistica individuale (es. counseling relativo a problematiche/disagio personale, familiare, scolastico) per n° incontri _____
<input type="checkbox"/>	Consulenza orientativa individuale
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare): _____

**3. L'intervento si è sviluppato su un numero di incontri pari a:**

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2 -3
<input type="checkbox"/>	4 o più

**4. È stato necessario riformulare l'intervento in relazione ai bisogni emergenti da parte dell'utente?**

- Sì
- No

**Note:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Nel complesso, quanto è stato efficace l'intervento in relazione alle problematiche emerse?**

Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
1	2	3	4	5
<b>Specificare il motivo della risposta:</b>				

**6. I bisogni riportati dal soggetto erano coerenti con i bisogni rilevati dall'analisi della domanda o durante fasi successive dell'intervento?**

Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
1	2	3	4	5
<b>Specificare il motivo della risposta:</b>				

**CONCLUSIONE DELL'INTERVENTO:**

**7. L'intervento si è concluso:**

- In modo concordato
- Per volontà dell'utente (es. interruzione volontaria del percorso, ritiro liberatoria da parte del genitore)
- Per termine attività dello SDA (es. termine anno scolastico, esaurimento ore sportello)

**8. L'intervento ha previsto il rinvio ad altro servizio territoriale?**

- Sì (specificare: \_\_\_\_\_)
- No

## SCHEMA INTERVENTO CONSULENZA STUDENTI INPUT (C\_S\_I)

### Dati conoscitivi

**Istituto Scolastico:** \_\_\_\_\_

**Utente (sigla):** \_\_\_\_\_

**Eta':** \_\_\_\_\_

**Genere:**             **M**    **F**

Di seguito troverai alcune domande finalizzate a raccogliere la Tua valutazione rispetto alle azioni previste nell'ambito dello Sportello di Ascolto.

Ti preghiamo di fornirci un'indicazione circa le aspettative che ti sei è costruito circa tali azioni.

### **1. Sei venuto a conoscenza dello Sportello di Ascolto tramite:**

<input type="checkbox"/>	Pubblicità nella bacheca della scuola
<input type="checkbox"/>	Pubblicità sul sito web della scuola
<input type="checkbox"/>	Indicazione da un insegnante o del Dirigente scolastico
<input type="checkbox"/>	Indicazione da altri studenti
<input type="checkbox"/>	Indicazione nel Piano dell'Offerta Formativa della scuola
<input type="checkbox"/>	Indicazione da altri soggetti esterni alla scuola (specificare): _____

### **2. Hai deciso di rivolgerti allo Sportello di Ascolto:**

<input type="checkbox"/>	Di tua iniziativa
<input type="checkbox"/>	Su suggerimento di un insegnante
<input type="checkbox"/>	Su suggerimento del Dirigente scolastico
<input type="checkbox"/>	Su suggerimento di uno studente
<input type="checkbox"/>	Su suggerimento della mia famiglia

□	Su suggerimento di uno specialista esterno alla scuola (specificare): _____

**3. Ti sei rivolto allo Sportello di Ascolto per:**

*(utilizza la scala di risposta compresa tra 1- Per niente- e 5-Del tutto, barrando il numero che meglio rappresenta la tua opinione)*

	Per niente -->					Del tutto
<i>DIFFICOLTÀ NELL'AMBITO DEL PERCORSO SCOLASTICO LEGATE A ...</i>						
Problemi nelle relazioni con gli insegnanti	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Problemi nelle relazioni con i compagni di classe	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Difficoltà di concentrazione durante le lezioni o lo studio	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Ansia prima delle interrogazioni/compiti in classe	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Problemi nel rendimento scolastico (in una o più materie)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Difficoltà nell'organizzare il tempo in relazione agli impegni	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Scelta del percorso scolastico (in corso o futuro)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Passaggio tra classi diverse	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Interesse verso il percorso scolastico	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<i>DIFFICOLTÀ NELLA VITA PRIVATA LEGATE A ...</i>						
Rapporti con gli amici/i coetanei	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Comunicazione con i genitori/la famiglia	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Rispetto delle regole imposte dalla famiglia	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Insoddisfazione per il tuo modo di essere/il tuo aspetto fisico	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Trasferimenti e/o integrazione con il contesto sociale	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Problemi di dipendenza (es. droghe, videogiochi, computer)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	

**Note:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Ti aspetti di ricevere un supporto per:**

	Per niente -->					Del tutto
Reperire informazioni che hai difficoltà a trovare da solo/a	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Trovare soluzione ad un problema concreto ricevendo consigli	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Trovare soluzione ad un problema concreto ricevendo un aiuto a chiarirti le idee	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Trovare soluzione ad un problema concreto facendoti indicare qualcuno a cui rivolgerti	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Capire meglio te stesso	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	

Capire meglio i tuoi genitori	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Capire meglio i tuoi amici/compagni di classe	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Superare un momento di difficoltà	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Stare bene a scuola/in classe	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

## SCHEDA INTERVENTO CONSULENZA STUDENTI OUTPUT (C\_S\_O)

### Dati conoscitivi

Istituto Scolastico: \_\_\_\_\_

Utente (sigla): \_\_\_\_\_

Eta': \_\_\_\_\_

Genere:  M  F

Di seguito troverai alcune domande finalizzate a raccogliere la Tua valutazione rispetto alle azioni previste nell'ambito dello Sportello di Ascolto.

### 1. Hai ricevuto dallo Sportello di Ascolto un supporto per:

	Per niente -->			Del tutto	
Reperire informazioni che hai difficoltà a trovare da solo/a	1	2	3	4	5
Trovare soluzione ad un problema concreto ricevendo consigli	1	2	3	4	5
Trovare soluzione ad un problema concreto ricevendo un aiuto a chiarirti le idee	1	2	3	4	5
Trovare soluzione ad un problema concreto facendoti indicare qualcuno a cui rivolgerti	1	2	3	4	5
Capire meglio te stesso	1	2	3	4	5
Capire meglio i tuoi genitori	1	2	3	4	5
Capire meglio i tuoi amici/compagni di classe	1	2	3	4	5
Superare un momento di difficoltà	1	2	3	4	5
Stare bene a scuola/in classe	1	2	3	4	5

### 2. Nel complesso, quanto sei soddisfatto dal servizio offerto dallo Sportello di Ascolto?

Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
1	2	3	4	5

**Specificare il motivo della risposta:**

---

---

---



**3. Nel complesso, quanto ritieni utile il servizio offerto dallo Sportello di Ascolto?**

Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
1	2	3	4	5

**Specificare il motivo della risposta:**

---

---

---

**4. Ti sentiresti di consigliare ad un conoscente (es. amici/compagni di scuola) di rivolgersi allo Sportello di Ascolto?**

Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
1	2	3	4	5

**Specificare il motivo della risposta:**

---

---

---

## **SCHEDA INTERVENTO CONSULENZA FAMIGLIE INPUT (C\_F\_I)**

### **Dati conoscitivi**

**Istituto Scolastico:** \_\_\_\_\_

**Utente (sigla):** \_\_\_\_\_

**Eta':** \_\_\_\_\_

**Genere:**             **M**    **F**

**Età del figlio/a:** \_\_\_\_\_

**Genere del figlio/a:**    **M**    **F**

Di seguito troverà alcune domande finalizzate a raccogliere la Sua valutazione rispetto alle azioni previste nell'ambito dello Sportello di Ascolto.

La preghiamo di fornirci un'indicazione circa le aspettative che si è costruito circa tali azioni.

### **1. È venuto a conoscenza dello Sportello di Ascolto tramite:**

<input type="checkbox"/>	Pubblicità nella bacheca della scuola
<input type="checkbox"/>	Pubblicità sul sito web della scuola
<input type="checkbox"/>	Indicazione da un insegnante o del Dirigente scolastico
<input type="checkbox"/>	Indicazione da altri studenti
<input type="checkbox"/>	Indicazione nel Piano dell'Offerta Formativa della scuola
<input type="checkbox"/>	Indicazione da altri soggetti esterni alla scuola (specificare): _____

### **2. Ha deciso di rivolgersi allo Sportello di Ascolto:**

<input type="checkbox"/>	Di propria iniziativa
<input type="checkbox"/>	Su suggerimento di un insegnate
<input type="checkbox"/>	Su suggerimento del Dirigente scolastico
<input type="checkbox"/>	Su suggerimento di uno studente

<input type="checkbox"/>	Su suggerimento della mia famiglia
<input type="checkbox"/>	Su suggerimento di uno specialista esterno alla scuola (specificare):

**3. Si è rivolto allo Sportello di Ascolto per:**

(utilizza la scala di risposta compresa tra 1- Per niente- e 5-Del tutto, barrando il numero che meglio rappresenta la tua opinione)

	Per niente -->					Del tutto
<i>DIFFICOLTÀ DEL FIGLIO/A NELL'AMBITO DEL PERCORSO SCOLASTICO LEGATE A ...</i>						
Problemi nelle relazioni con gli insegnanti	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Problemi nelle relazioni con i compagni di classe	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Difficoltà di concentrazione durante le lezioni o lo studio	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Ansia prima delle interrogazioni/compiti in classe	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Rendimento scolastico non soddisfacente (in una o più materie)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Difficoltà nell'organizzazione del proprio tempo in relazione agli impegni	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Scelta del percorso scolastico (in corso o futuro)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Passaggio tra scuole di grado diverso	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Interesse verso il percorso scolastico	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<i>DIFFICOLTÀ NELLA VITA PRIVATA DEL FIGLIO/A LEGATE A ...</i>						
Comunicazione con il figlio/a	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Rispetto delle regole da parte del figlio/a	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Riuscire a dare supporto al figlio/a (es. rispetto al percorso scolastico, alle relazioni con i docenti, ecc.)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Difficoltà del figlio/a relative alla sfera affettiva	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Difficoltà del figlio/a connesse all'immagine di sé (aspetto fisico, relazioni d'affetto, alimentazione)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Difficoltà comportamentali del figlio/a	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Problemi di dipendenza (es. droghe, videogiochi, computer)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	

**Note:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 4. Si aspetta di ricevere un supporto per:

	Per niente -->				Del tutto
Reperire informazioni che ha difficoltà a trovare da solo/a	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Trovare soluzione ad un problema concreto ricevendo consigli	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Trovare soluzione ad un problema concreto ricevendo un aiuto a chiarirsi le idee	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Trovare soluzione ad un problema concreto facendosi indicare qualcuno a cui rivolgersi	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Capire meglio se stesso	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Capire meglio il proprio figlio/a	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Capire meglio gli amici/compagni di classe del figlio/a	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Superare un momento di difficoltà	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Favorire lo stare bene a scuola/in classe del figlio/a	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

## SCHEMA INTERVENTO CONSULENZA FAMIGLIE OUTPUT (C\_F\_O)

Dati conoscitivi	
<b>Istituto Scolastico:</b>	_____
<b>Utente (sigla):</b>	_____
<b>Eta':</b>	_____
<b>Genere:</b>	<input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>F</b>
<b>Età del figlio/a:</b>	_____
<b>Genere del figlio/a:</b>	<input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>F</b>

Di seguito troverà alcune domande finalizzate a raccogliere la Sua valutazione rispetto alle azioni previste nell'ambito dello Sportello di Ascolto.

### 1. Ha ricevuto dallo Sportello di Ascolto un supporto per:

	Per niente				Del tutto
	-->				
	1	2	3	4	5
Reperire informazioni che ha difficoltà a trovare da solo/a	1	2	3	4	5
Trovare soluzione ad un problema concreto ricevendo consigli	1	2	3	4	5
Trovare soluzione ad un problema concreto ricevendo un aiuto a chiarirsi le idee	1	2	3	4	5
Trovare soluzione ad un problema concreto facendosi indicare qualcuno a cui rivolgersi	1	2	3	4	5
Capire meglio se stesso	1	2	3	4	5
Capire meglio il proprio figlio/a	1	2	3	4	5
Capire meglio gli amici/compagni di classe del figlio/a	1	2	3	4	5
Superare un momento di difficoltà	1	2	3	4	5
Favorire lo stare bene a scuola/in classe del figlio/a	1	2	3	4	5

**2. Nel complesso, quanto è soddisfatto dal servizio offerto dallo Sportello di Ascolto?**

Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
1	2	3	4	5

**Specificare il motivo della risposta:**

---

---

---

**3. Nel complesso, quanto ritiene utile il servizio offerto dallo Sportello di Ascolto?**

Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
1	2	3	4	5

**Specificare il motivo della risposta:**

---

---

---

**4. Si sentirebbe di consigliare ad un conoscente (es. un altro genitore) di rivolgersi allo Sportello di Ascolto?**

Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
1	2	3	4	5

**Specificare il motivo della risposta:**

---

---

---

## **SCHEDA INTERVENTO DOCENTI OUTPUT (DOC\_O)**

### **Dati conoscitivi**

**Istituto Scolastico:** \_\_\_\_\_

**Distretto Scolastico:** \_\_\_\_\_

**Docente (sigla):** \_\_\_\_\_

**Operatore:** \_\_\_\_\_

Di seguito troverà alcune domande finalizzate a raccogliere la Sua valutazione rispetto alle azioni svolte dallo Sportello di Ascolto all'interno del Suo Istituto.

### **1. Quali tipologie di intervento dello Sportello di Ascolto l'hanno vista coinvolta?**

<input type="checkbox"/>	Osservazione in classe
<input type="checkbox"/>	Consulto individuale su casi
<input type="checkbox"/>	Consulto di gruppo (gruppo docenti/consiglio di classe) su casi
<input type="checkbox"/>	Supporto individuale relativo a situazioni/vissuti personali
<input type="checkbox"/>	Formazione su temi specifici
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare): _____

### **2. Ha richiesto in prima persona l'intervento dello Sportello di Ascolto?**

<input type="checkbox"/>	Sì
<input type="checkbox"/>	No, ma sono stato coinvolto dall'operatore

### **3. In generale, ritiene che lo Sportello di Ascolto sia utile ai docenti per:** *(utilizzi la scala di risposta compresa tra 1- Per niente- e 5-Del tutto, barrando il numero che meglio rappresenta la sua opinione)*

	Per niente -->			Del tutto	
Analizzare e comprendere situazioni critiche (es. osservazioni in classe)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Ricevere supporto nell'affrontare situazioni critiche (es. consulto su singoli casi)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Coordinare il dialogo con gli studenti	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Coordinare il dialogo con le famiglie	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Creare opportunità di confronto con i colleghi/il Dirigente scolastico	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Supportare gli studenti/le famiglie in difficoltà offrendo loro un servizio specialistico	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Ricevere formazione su temi specifici	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Ricevere un supporto specialistico per gestire vissuti ed emozioni legate all'attività di docenza	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**Altro/Note:**

---



---

**4. Nel complesso, quanto è soddisfatto dal servizio offerto dallo Sportello di Ascolto?**

Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
1	2	3	4	5

**Specificare il motivo della risposta:**

---



---

**5. Nel complesso, quanto ritiene utile il servizio offerto dallo Sportello di Ascolto?**

Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
1	2	3	4	5

**Specificare il motivo della risposta:**

---



---

**6. Nel complesso, quanto ritiene che le attività dello Sportello di Ascolto siano integrate con le attività didattiche?**

Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
1	2	3	4	5

**Specificare il motivo della risposta:**

---



---



**7. Quanto si sentirebbe di consigliare ad un collega di rivolgersi allo Sportello di Ascolto?**

Poco	Moderatamente	Mediamente	Abbastanza	Molto
1	2	3	4	5

**Specificare il motivo della risposta:**

---

---

---

**8. Quali indicazioni vorrebbe dare per migliorare il servizio dello Sportello di Ascolto?**

---

---

---

---