

SETTORE DISABILI – Anno 2002

RILEVAZIONE STATISTICA SUI PRESIDI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI

Per una corretta compilazione si consiglia di
consultare la "Guida alla compilazione del questionario"

Per informazioni telefonare all'Amministrazione Provinciale Assessorato alle Politiche Sociali

- Centro socio riabilitativo residenziale
- Gruppo appartamento
- Residenza protetta
- Centro socio riabilitativo diurno

Codice regionale presidio	ATTIVITA' del Presidio
Denominazione presidio, indirizzo, Comune, provincia, Telefono, fax, email	
Data di inizio attività del presidio	

La presente rilevazione viene attuata dalla Regione Emilia-Romagna in collaborazione con l'ISTAT.

Per la Regione Emilia-Romagna la rilevazione fa parte del Sistema Informativo regionale delle Politiche Sociali SIPS gestito in collaborazione con le Amministrazioni Provinciali. I dati raccolti verranno utilizzati per la programmazione dei livelli regionale e territoriale.

Per l'ISTAT la presente indagine rientra tra le rilevazioni di interesse pubblico inserite nel Programma Statistico Nazionale (PSN), approvato con DPCM 31 marzo 2000 (SO n. 74 alla GU 18.5.2000); in quanto tale è fatto obbligo alle amministrazioni, enti ed organismi pubblici, nonché ai soggetti privati di fornire tutti i dati e le notizie richieste dal modello di rilevazione, ai sensi dell'art. 7 del d.lgs. n. 322/89 e del DPR 2 giugno 2000 (GU n. 180 del 3.8.2000).

Titolare della rilevazione è la REGIONE EMILIA-ROMAGNA. Il responsabile dell'indagine è il Direttore Generale della Direzione Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna.

SEZIONE 1. Informazioni generali sul presidio

(Riferite al 31/12/2002 se non altrimenti specificato nei singoli quesiti)

QUADRO A: INFORMAZIONI IDENTIFICATIVE DEL PRESIDIO

1A.1 Nel caso in cui la denominazione e l'indirizzo del presidio riportati nell'etichetta non siano corretti indicare:
(altrimenti passare alla domanda n. 1A.4)

Denominazione del presidio: _____

Indirizzo: _____ n. civico: _____ c.a.p. [][][][][]

Comune: _____

Provincia: _____ sigla [][] Regione Emilia-Romagna

1A.2 Recapiti del presidio

Telefono _____ / _____ Fax _____ / _____ e-mail _____ @ _____

1A.3 -R Data di inizio attività del presidio: [][] / [][] / [][][][]

1A.4 -R Data di chiusura attività: [][] / [][] / [][][][]

QUADRO B: INFORMAZIONI RELATIVE ALLA GESTIONE DEL PRESIDIO

1B.1 Ente titolare dell'autorizzazione al funzionamento

Codice regionale ente titolare,
Denominazione ente titolare, indirizzo, comune, provincia,
Telefono, fax, email
Codice fiscale, partita iva

Nel caso in cui i dati riportati in etichetta non siano corretti indicare:

Denominazione _____

Indirizzo _____

N. civico _____ c.a.p. | | | | | |

Comune _____ prov. | | |

Telefono _____ / _____ Fax _____ / _____

e-mail _____ @ _____

Codice fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | |

Partita IVA: _____

1B.2 Natura giuridica del titolare del presidio: (Una sola risposta)

- | | | | |
|--|-----------------------------|--|-----------------------------|
| Comune..... | 00 <input type="checkbox"/> | Associazione art. 36 c.c. (senza pers. Giuridica)..... | 10 <input type="checkbox"/> |
| Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.)..... | 01 <input type="checkbox"/> | Cooperativa | 11 <input type="checkbox"/> |
| Comunità montana..... | 02 <input type="checkbox"/> | Altra impresa privata | 12 <input type="checkbox"/> |
| Consorzio/Associazione di comuni..... | 03 <input type="checkbox"/> | A.S.L. con associazioni di Comuni | 13 <input type="checkbox"/> |
| Provincia..... | 04 <input type="checkbox"/> | Fondazione | 14 <input type="checkbox"/> |
| I.P.A.B. | 05 <input type="checkbox"/> | Cooperativa sociale (L.381/91) | 15 <input type="checkbox"/> |
| Altro Ente pubblico..... | 06 <input type="checkbox"/> | Associazioni di volontariato iscritte all'albo regionale | 16 <input type="checkbox"/> |
| Ente religioso (L. 222/85) | 07 <input type="checkbox"/> | Sindacati | 17 <input type="checkbox"/> |
| Società privata | 08 <input type="checkbox"/> | Società privata con partecipazione pubblica | 18 <input type="checkbox"/> |
| Associazione art. 12 c.c.(con pers. Giuridica).... | 09 <input type="checkbox"/> | | |

1B.3 Da chi è gestito il presidio? (Una sola risposta)

- Direttamente dall'ente titolare dell'autorizzazione al funzionamento..... 1 (In questo caso passare al quesito 1B.4)
- Da altro ente

1B.3.1 Ente gestore

Denominazione _____

Indirizzo _____ Telefono _____ / _____

N. civico _____ c.a.p. | | | | | | Fax _____ / _____

Comune _____ prov. | | | e-mail _____ @ _____

Codice fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | Partita IVA: _____

1B.3.2 Natura giuridica del gestore del presidio: (Una sola risposta)

- | | | | |
|--|-----------------------------|--|-----------------------------|
| Comune..... | 00 <input type="checkbox"/> | Associazione art. 36 c.c. (senza pers. Giuridica)..... | 10 <input type="checkbox"/> |
| Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) | 01 <input type="checkbox"/> | Cooperativa | 11 <input type="checkbox"/> |
| Comunità montana..... | 02 <input type="checkbox"/> | Altra impresa privata | 12 <input type="checkbox"/> |
| Consorzio/Associazione di comuni..... | 03 <input type="checkbox"/> | A.S.L. con associazioni di Comuni | 13 <input type="checkbox"/> |
| Provincia..... | 04 <input type="checkbox"/> | Fondazione | 14 <input type="checkbox"/> |
| I.P.A.B. | 05 <input type="checkbox"/> | Cooperativa sociale (L.381/91) | 15 <input type="checkbox"/> |
| Altro Ente pubblico..... | 06 <input type="checkbox"/> | Associazioni di volontariato iscritte all'albo regionale | 16 <input type="checkbox"/> |
| Ente religioso (L. 222/85) | 07 <input type="checkbox"/> | Sindacati | 17 <input type="checkbox"/> |
| Società privata | 08 <input type="checkbox"/> | Società privata con partecipazione pubblica | 18 <input type="checkbox"/> |
| Associazione art. 12 c.c.(con pers. Giuridica).... | 09 <input type="checkbox"/> | | |

1B.4 A quale titolo il gestore utilizza gli immobili adibiti a sedi del presidio? (Sono possibili più risposte: indicare anche la superficie totale e coperta)

- | | | Superficie
totale | Superficie
coperta |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------|-----------------------|
| Proprietà | 1 <input type="checkbox"/> | mq. | mq. |
| Affitto da enti pubblici | 2 <input type="checkbox"/> | mq. | mq. |
| Affitto da privati | 3 <input type="checkbox"/> | mq. | mq. |
| Usufrutto o uso gratuito | 4 <input type="checkbox"/> | mq. | mq. |
| Altro titolo | 5 <input type="checkbox"/> | mq. | mq. |

QUADRO C: INFORMAZIONI SULL'ORGANIZZAZIONE DEL PRESIDIO

1C.1 Qual è la capacità di accoglienza del presidio?

Totale posti N°

di cui:

▪ riservati all'emergenza N°

1C.2 E' capitato, nel corso del 2002, di non poter accogliere persone che avevano i requisiti richiesti?

SI 1

NO 2

1C.3 Per lo svolgimento delle sue attività, il presidio ha sottoscritto accordi di collaborazione con altri soggetti?

SI 1

NO 2

(In caso di risposta negativa passare al quesito n. 1C.4)

1C.3.1 **L-R** Quali delle seguenti tipologie di soggetti collaborano alle attività del presidio? (Sono possibili più risposte)

Comune.....	00 <input type="checkbox"/>	Associazione art. 36 c.c. (senza pers. Giuridica).....	10 <input type="checkbox"/>
Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.).....	01 <input type="checkbox"/>	Cooperativa	11 <input type="checkbox"/>
Comunità montana.....	02 <input type="checkbox"/>	Altra impresa privata	12 <input type="checkbox"/>
Consorzio/Associazione di comuni.....	03 <input type="checkbox"/>	A.S.L. con associazioni di Comuni	13 <input type="checkbox"/>
Provincia.....	04 <input type="checkbox"/>	Fondazione	14 <input type="checkbox"/>
I.P.A.B.	05 <input type="checkbox"/>	Cooperativa sociale (L.381/91)	15 <input type="checkbox"/>
Altro Ente pubblico.....	06 <input type="checkbox"/>	Associazioni di volontariato iscritte all'albo regionale	16 <input type="checkbox"/>
Ente religioso (L. 222/85)	07 <input type="checkbox"/>	Sindacati	17 <input type="checkbox"/>
Società privata	08 <input type="checkbox"/>	Società privata con partecipazione pubblica	18 <input type="checkbox"/>
Associazione art. 12 c.c.(con pers. Giur.)	09 <input type="checkbox"/>	Centro di formazione	19 <input type="checkbox"/>

1C.4 Il presidio rimane aperto durante il fine settimana (sabato e domenica)? (Una sola risposta)

Si, sempre 1

Solo il sabato 2

No 3

1C.5 Nel corso dell'anno, sono previsti periodi di chiusura del presidio per festività? (Una sola risposta)

Si, per una durata annua inferiore o pari a 30 giorni 1

Si, per una durata annua superiore a 30 giorni 2

No 3

SEZIONE 2. Dati sul personale

(Riferiti al 31/12/2002 se non altrimenti specificato nei singoli quesiti)

2.1 **I-R** Persone che operano nel presidio, secondo la professione esercitata

(Numero: il numero di addetti, suddiviso fra maschi e femmine dove richiesto)

Ore: il numero di ore settimanali complessivamente prestate

A carico S.S.N.: personale in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale o dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale

Convenzionati: personale in convenzione incluso il personale convenzionato con il S.S.N. già conteggiato nella colonna A carico S.S.N.

Gli operatori che svolgono più funzioni devono essere conteggiati in una sola casella, in corrispondenza della loro funzione prevalente).

Tipologia del personale	Totale addetti			Di cui						
	Numero		Ore sett.	A carico S.S.N.		Convenzionati		Volontari		Stranieri
	M.	F.		Numero	Ore sett.	Numero	Ore sett.	Numero	Ore sett.	Numero
Coordinatore responsabile della struttura										
Personale direttivo										
Personale amministrativo										
Medici (non sono da rilevare i medici di base di scelta individuale)										
Neuropsichiatra										
Psicologi										
Sociologi										
Assistenti sociali										
Educatori con attestato regionale / diploma specifico										
Educatori senza attestato regionale / diploma specifico										
Insegnanti ed altri addetti alla formazione										
Pedagogisti										
Animatori										
Responsabili attività assistenziali (R.A.A.)										
Addetti all'assistenza (con attestato regionale)										
Addetti all'assistenza (senza attestato regionale)										
Assistenti sanitari										
Infermieri professionali										
Infermieri generici										
Fisioterapisti / Massofioterapisti										
Logopedisti										
Altri terapisti della riabilitazione										
Podologi										
Addetti alla manutenzione										
Addetti alla vigilanza										
Addetti ai servizi generali (cucina, lavanderie, pulizie,										
Autisti										
Obiettori										
Altro (comprende i volontari che svolgono più mansioni)										
TOTALE										

2.2 **R** Indicare, qualora nel presidio operino addetti stranieri, le nazionalità

Nazionalità	N.	Nazionalità	N.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	Totale addetti stranieri	_____

2.3 **R** All'interno del presidio operano Associazioni di volontariato iscritte all'Albo reg.le ai sensi della L.R. 37/96?

SI 1

NO 2

2.4 Nel corso del 2002 il presidio ha affidato a ditte esterne lo svolgimento di servizi?

SI 1

NO 2

2.5 **I-R** Prestazioni erogate

(Se la prestazione è *In convenzione* o *Mista*, compilare una riga nella tabella *Elenco enti erogatori* successiva, quindi trascrivere il *Numero progressivo ente* nella colonna *Numero progressivo ente erogatore*)

TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI	GESTIONE (barrare non più di una casella per tipologia di prestazione)			NUMERO PROGRESSIVO ENTE EROGATORE come appare in Elenco enti erogatori (è possibile indicare anche più di un ente per tipologia di prestazione)
	Diretta	In convenzione	Mista	
Accompagnamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistenza infermieristica diurna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistenza infermieristica notturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistenza infermieristica di pronta reperibilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistenza medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistenza medica di pronta reperibilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistenza psicologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistenza riabilitativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistenza tutelare diurna/aiuto alla persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistenza tutelare notturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attività culturali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attività didattico-educative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attività di animazione/socializzazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attività di controllo e sorveglianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attività fisioterapiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attività ginnico/sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attività occupazionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Formazione professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fornitura pasti/consegna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lavanderia/guardaroba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulizia e riordino camere/locali/abitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulizia generale/riordino spazi comuni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Segretariato sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servizi amministrativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trasporti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vacanze estive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Elenco enti erogatori*(Sono gli enti che hanno un rapporto di convenzione con il gestore per l'erogazione di una o più prestazioni.**Per la colonna **Codice natura giuridica** utilizzare i codici della tabella successiva)*

Numero progressivo ente	Denominazione	Indirizzo	CAP	Comune	Provincia	Codice natura giuridica
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Codici per le tipologie di natura giuridica in uso dal Sistema Informativo regionale delle Politiche Sociali

Comune.....	00	Associazione art. 36 c.c. (senza pers. Giuridica).....	10
Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.).....	01	Cooperativa	11
Comunità montana.....	02	Altra impresa privata	12
Consorzio/Associazione di Comuni.....	03	A.S.L. con associazioni di Comuni	13
Provincia.....	04	Fondazione	14
I.P.A.B.	05	Cooperativa sociale (L.381/91)	15
Altro Ente pubblico.....	06	Associazioni di volontariato iscritte all'albo regionale	16
Ente religioso (L. 222/85)	07	Sindacati	17
Società privata	08	Società privata con partecipazione pubblica	18
Associazione art. 12 c.c.(con pers. Giur.)	09		

SEZIONE 3. Dati sugli assistiti

(Riferiti al 31/12/2002 se non altrimenti specificato nei singoli quesiti)

3.1 Indicare il numero di Ospiti presenti nel presidio, distinti per genere e categoria

UTENTI	Età in anni compiuti e sesso												Di cui stranieri		
	0-14		15-17		18-24		25-44		45-64		65 e più			Totale	
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.		M.	F.
Con handicap fisico															
Con handicap psichico															
Con handicap sensoriale															
Con handicap plurimo															
Altro															
TOTALE															

3.1.1 Numero utenti a tempo pieno al 31/12/2002 N°

3.1.2 Numero utenti a part-time al 31/12/2002 N°

3.2 Numero Utenti in carico al 31/12/2002, in base alla provenienza (Per gli utenti in struttura residenziale indicare la residenza precedente l'ingresso in struttura)

N. utenti residenti nel distretto del presidio.....

N. utenti residenti fuori distretto (provincia, Regione Emilia Romagna, fuori Regione).....

Totale utenti.....

3.2.1 Utenti per ASL di provenienza

(Indicare l'ASL regionale di provenienza; per gli utenti non regionali usare la riga Fuori regione; il totale utenti deve coincidere con quello della domanda 3.2)

ASL	Numero utenti
101 - Piacenza	
102 - Parma	
103 - Regio Emilia	
104 - Modena	
105 - Bologna sud	
106 - Imola	
107 - Bologna nord	
108 - Bologna città	
109 - Ferrara	
110 - Ravenna	
111 - Forlì	
112 - Cesena	
113 - Rimini	
Fuori regione	
Totale utenti	

3.3 Indicare il numero di utenti del presidio al 31/12/2002 per tipologia di pagamento

	N° UTENTI
Totalmente a carico di Enti pubblici	
Parzialmente a carico degli assistiti, con integrazioni da parte di Enti pubblici	
Totalmente a carico degli assistiti	
A totale carico del presidio	
TOTALE UTENTI	

3.4 [I-R] Indicare il numero di accoglienze, di dimissioni e di decessi avvenuti nel corso del 2002

(Includere tra gli "accolti" tutti i soggetti che hanno trascorso almeno una notte all'interno del presidio residenziale o almeno un giorno in centro diurno)

UTENTI	Sesso		Di cui stranieri
	M	F	
ACCOLTI			
DIMESSI			
DECEDUTI			

3.5 [I-R] Giornate di accoglienza e oneri riconosciuti da FSN e bilancio sociale dei comuni per inserimenti a convenzione, comprensivi della compartecipazione a carico dell'utenza

(Retta giornaliera: indicare gli oneri riconosciuti, riconducendoli in ogni caso ad un importo giornaliero)

% FSN: percentuale dell'onere giornaliero a carico del fondo sanitario

% bilancio sociale: : percentuale dell'onere giornaliero a carico del fondo sociale, comprensivo dell'eventuale quota a carico utente

Indicare l'ASL regionale di provenienza; per gli utenti non regionali usare la riga Fuori regione

Per il calcolo delle giornate di accoglienza si veda la "Guida alla compilazione del questionario")

ASL di provenienza degli utenti	N. giornate di accoglienza	Retta giornaliera	% FSN	% bilancio sociale	Entrate complessive per oneri sociali e sanitari (euro)
					€ [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] , [] []
					€ [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] , [] []
					€ [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] , [] []
					€ [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] , [] []
					€ [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] , [] []
Fuori regione					€ [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] , [] []

3.5.1 [R] Utenza del servizio di ospitalità temporanea durante il 2002

Numero di prese in carico [] [] [] []

3.6 Nel corso del 2002 sono usciti dal presidio minori di 18 anni?

SI 1 NO 2

In caso di risposta negativa passare al quesito n.4.1

3.6.1) Indicare il numero di minori usciti dal presidio nel corso del 2002, per ciascuna destinazione specificata

	N°
Rientrati nella famiglia di origine ⁽¹⁾
Affidati ad un nucleo familiare.....
Adottati da un nucleo familiare.....
Trasferiti in altre strutture assistenziali.....
Resi autonomi
Rimpatriati.....
Destinazione ignota
Totale

⁽¹⁾ Inclusi i parenti

3.7 Indicare il numero di minori ospiti del presidio al 31/12/2002 secondo le condizioni di adottabilità decise dal Tribunale dei minori

Minori ospiti	Maschi	Femmine	Totale
Con decreto di adottabilità			
In condizioni di non adottabilità			
In condizione non conosciuta			
TOTALE			

PARTE RISERVATA A COMMENTI E SUGGERIMENTI DEL COMPILATORE

Le domande che seguono sono finalizzate a conoscere l'opinione del compilatore riguardo alla formulazione dei quesiti posti. Le indicazioni fornite consentiranno di migliorare le versioni successive del questionario.

a) Tempo impiegato per la compilazione

- Meno di 1 ora 1
Tra 1 e 2 ore 2
Tra 2 e 3 ore 3
Oltre 3 ore 4

c) Di quali quesiti si consiglia l'eliminazione?

(Indicare i numeri dei quesiti, al massimo 3)

- N°
N°
N°

b) Quali quesiti sono risultati più difficili?

(Indicare i numeri dei quesiti, al massimo 3)

N° N° N°

d) Ulteriori suggerimenti:

Si ringrazia il compilatore per aver fornito un prezioso contributo alla divulgazione di dati precisi e attendibili sulle tematiche rilevate.

IMPORTANTE

Il questionario va spedito entro 15 giorni dalla ricezione alla Provincia di competenza, che provvederà all'inoltro in Regione.

Dati del compilatore

Nome: _____

Firma: _____

Cognome: _____

Telefono: _____ / _____

Si consiglia di trattenere una fotocopia del questionario compilato; ciò potrebbe risultare utile nel caso andasse smarrito l'originale nel ritorno alla Provincia o si ritenesse necessario un chiarimento sui dati forniti.