

Sistema Informativo delle Politiche Sociali

Rilevazione per la programmazione sociale e i piani di zona

PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI SETTORE IMMIGRATI – Anno 2003

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 di accoglienza abitativa

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 31/12/2003 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 Data di inizio attività del presidio: [][] / [][] / [][][][]

1A.4 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 presidio, 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°

Il Centro di accoglienza è convenzionato con _____ per posti N°

1C.1.1 Tipologia della struttura

Edificio in muratura:

Ex edificio industriale 1 n. stanze _____
 Ex edificio scolastico 2 n. stanze _____
 appartamenti 3 n. stanze _____
 Casa colonica 4 n. stanze _____

Campo:

Con roulotte 1
 Con containers 2
 Con cassette di prefabbricato 3
 Altro 4

1C.1.2 Tipologia servizi: (indicare il numero)

Cucine N° Luogo di culto: SI NO
 Servizi igienici con WC e vasca/doccia. N° (se SI indicarne la religione) _____
 Servizi igienici solo con WC..... N°
 Servizi igienici solo con vasca/doccia... N°

1C.2 E' capitato, nel corso del 2003, 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 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 31/12/2003 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

Conventionati: 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.		Conventionati	Volontari	Stranieri
	M.	F.		Numero	Ore sett.	Ore sett.	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 2003 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 nell'**Elenco enti erogatori**, quindi riportare il **Progressivo** nella colonna **Progressivo ente erogatore**)

TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI	GESTIONE (barrare non più di una casella per tipologia di prestazione)			PROGRESSIVO ENTE EROGATORE (è possibile indicare anche più di un ente per tipologia di prestazione)
	Diretta	In convenzione	Mista	
Responsabilità delle ammissioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vigilanza diurna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vigilanza notturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accompagnamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistenza medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistenza psicologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attività culturali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attività didattico-educative (Formazione scolastica SOSTEGNO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attività di animazione/socializzazione	<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"/>	

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)*

Progressivo	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		

ATTENZIONE: I dati richiesti nei successivi quesiti 4.4 e 4.5 si riferiscono al bilancio del 2003.

Nel caso in cui il bilancio del 2003 non sia ancora disponibile, è possibile fare riferimento al preconsuntivo o alle previsioni per il 2003.

Nel caso in cui il presidio non disponga di una contabilità separata da altri organismi, si prega di riportare una stima dei dati richiesti (si consiglia di consultare il responsabile della contabilità generale). Se i dati disponibili sono relativi alla gestione di più presidi, è possibile scorporare gli importi relativi ad ognuno di essi sulla base del numero di assistiti: ad ogni presidio si attribuiscono quote di entrate e di spese proporzionali alla quota di assistiti che dimorano in quel presidio.

I presidi che hanno una contabilità pubblica devono indicare soltanto le poste di parte corrente del bilancio di cassa; i presidi residenziali che hanno una contabilità privata devono fare riferimento ai dati del conto economico.

4.4 Indicare l'importo delle ENTRATE riscosse nel corso del 2003:

Rette, contributi, sussidi, rimborsi, a carico di:

Assistiti (o loro famiglie)	€.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	,	□	□	
Comune.....	€.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	,	□	□	
Provincia.....	€.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	,	□	□	
Regione.....	€.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	,	□	□	
Aziende USL o Ministero della Salute.....	€.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	,	□	□	
Altri enti pubblici.....	€.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	,	□	□	
Donazioni, offerte e lasciti.....	€.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	,	□	□	
Altre entrate	€.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	,	□	□	
TOTALE ENTRATE	€.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	,	□	□	

4.5 Indicare l'importo totale delle SPESE pagate nel corso del 2003:

TOTALE SPESE.....	€.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	.	□	□	□	□	,	□	□	
-------------------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

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 dalla data di 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.