

## Sistema Informativo delle Politiche Sociali

Rilevazione per la programmazione sociale e i piani di zona

### **PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI SETTORE IMMIGRATI – Anno 2004**

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 31/12/2004 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**  **L-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 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 .....

2

#### 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\_\_\_

**Campo:**

Con roulotte

1

Ex edificio scolastico

2

n. stanze\_\_\_

Con containers

2

appartamenti

3

n. stanze\_\_\_

Con cassette di prefabbricato

3

Casa colonica

4

n. stanze\_\_\_

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 2004, 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 31/12/2004 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.	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)								
<b>TOTALE</b>								

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

Nazionalità	N.	Nazionalità	N.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	<b>Totale addetti stranieri</b>	_____

2.3  **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 2004 il presidio ha affidato a ditte esterne lo svolgimento di servizi?**

SI 1

NO 2

2.5  **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"/>	
Avviamento al lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consulenza legale	<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"/>	
Reinserimento sociale	<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)*

<b>Progressivo</b>	<b>Denominazione</b>	<b>Indirizzo</b>	<b>CAP</b>	<b>Comune</b>	<b>Provincia</b>	<b>Codice natura giuridica</b>
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 31/12/2004 se non altrimenti specificato nei singoli quesiti)

3.1 **L-R** Indicare il numero di utenti del presidio al 31/12/2004

NAZIONE	Età in anni e sesso																				
	0-5		6-10		11-14		15-17		18-24		25-44		45-64		65-74		75 e più		Totale		
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
<b>TOTALE</b>																					

3.2. **L-R** Quanti nuclei familiari sono presenti all'interno del presidio? (Sono considerati nuclei familiari quelli in cui sono presenti entrambi i coniugi, con o senza figli, o quelli con almeno un genitore e un figlio)

N° nuclei familiari \_\_\_\_\_

3.3 **Indicare il numero di utenti del presidio al 31/12/2004 per tipologia**

	N° UTENTI
Totalmente a carico di Enti pubblici	
Parzialmente a carico degli assistiti, con integrazioni da parte di Enti pubblici e ASL per oneri a rilievo sanitario	
Totalmente a carico degli assistiti	
A totale carico del presidio	
<b>TOTALE UTENTI</b>	

3.4 **L-R** Indicare il numero di accoglienze, di dimissioni e di decessi avvenuti nel corso del 2004

(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	Minorenni		Maggiorenni		TOTALE	
	M	F	M	F	M	F
ACCOLTI						
DIMESSI						
DECEDUTI						

3.5 **L-R** Quante giornate di accoglienza sono state fornite dal presidio complessivamente, nel corso del 2004? (Per il calcolo delle giornate di accoglienza si veda la "Guida alla compilazione del questionario")

Giornate di accoglienza nel 2004..... N°   |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

3.6 **Nel corso del 2004 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 2004, per ciascuna destinazione specificata**

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

<sup>(1)</sup> *Inclusi i parenti*

## **SEZIONE 4. Dati economici**

*(Riferiti al 31/12/2004 se non altrimenti specificato nei singoli quesiti)*

**4.1 Gli assistiti o le loro famiglie devono pagare per l'assistenza nel presidio?** Con riferimento a qualsiasi forma di pagamento: con importo mensile, annuale, versamento unico, ecc. da parte degli utenti o loro famiglie. *(Una sola risposta)*

- Si, per tutti gli assistiti..... 1
- Si, soltanto per alcuni assistiti..... 2
- No, il soggiorno è sempre gratuito..... 3  (In questo caso passare al quesito n. 4.2)

**4.1.1 Sono previste esenzioni dal pagamento o riduzioni degli importi in funzione delle condizioni economiche degli assistiti?**

SI 1  NO 2

**4.2**  **Retta/offerta/contribuzione mensile rilevata al 31/12/2004** € |\_|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|, |\_|\_|\_|\_|

**4.3 Quali amministrazioni pubbliche contribuiscono alla copertura dei costi di gestione, attraverso fornitura di beni e servizi, personale, integrazioni alle rette?** *(Sono possibili più risposte per ogni opzione)*

	Comune	Consorzi di comuni	Provincia	Regione	Azienda USL	Ministeri	Unione Europea	Nessun Ente
Per attività assistenziali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per attività sanitarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per altri tipi di attività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**ATTENZIONE:** I dati richiesti nei successivi quesiti 4.4 e 4.5 si riferiscono al bilancio del 2004.

Nel caso in cui il bilancio del 2004 non sia ancora disponibile, è possibile fare riferimento al preconsuntivo o alle previsioni per il 2004.

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 2004:**

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 2004:**

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.*