RegioneEmilia-Romagna
Assessorato politiche sociali, Immigrazione, Progetto giovani
Cooperazione internazionale

SIPolitiche Sociali

Sistema Informativo delle Politiche Sociali

Rilevazione per la programmazione sociale e i piani di zona

PRESIDI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI
SETTORE MINORI – 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

- ❑ **Comunità di pronta accoglienza**
- ❑ **Comunità di tipo familiare**
- ❑ **Comunità Educativa**
- ❑ **Centro diurno**

E' consentita una sola scelta. Compilare una scheda per ogni tipologia di presidio.

Codice regionale presidio **ATTIVITA' del Presidio**

Denominazione presidio, indirizzo, Comune, provincia, Telefono, fax, email

Data 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 **I-R Data di inizio attività del presidio:** |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
1A.4 **R Data di chiusura attività:** |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

QUADRO B: INFORMAZIONI RELATIVE ALLA GESTIONE DEL PRESIDIO

1B.1 **R** **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 **I-R** **Natura giuridica del titolare del presidio:** *(Una sola risposta)*

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. Giuridica)….	09 ☐		

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

Direttamente dall'ente titolare dell'autorizzazione al funzionamento…... 1 ☐ *(In questo caso passare al quesito n. 1B.4)*

Da altro ente …….. 2 ☐

1B.3.1 **R** **Ente gestore**

Denominazione _____

Indirizzo _____ Telefono _____/_____

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

Comune_____ prov. |_|_| e-mail _____@_____

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

1B.3.2 **I-R** **Natura giuridica del gestore del presidio:** *(Una sola risposta)*

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. Giuridica)….	09 ☐		

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 ☐	mq. ……..	mq. ……..
Affitto da enti pubblici ……...	2 ☐	mq. ……..	mq. ……..
Affitto da privati ……	3 ☐	mq. ……..	mq. ……..
Usufrutto o uso gratuito ……..	4 ☐	mq. ……..	mq. ……..
Altro titolo ……..	5 ☐	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° |__|__|__|__|

n. culle o lettini non compresi nei posti autorizzati 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 I-R Quali delle seguenti tipologie di soggetti collaborano alle attività del presidio? *(Sono possibili più risposte)*

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

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 ☐

1C.6 R Il presidio è convenzionato con l'ASL di appartenenza per N° posti: |__|__|__|

1C.7 R Il presidio è convenzionato con altre ASL o con Enti locali per N° posti: |__|__|__|

1C.8 R Il presidio è convenzionato con il Ministero di Grazia e Giustizia per N° posti: |__|__|__|

1C.9 R Il presidio svolge anche servizio diurno? SI 1 ☐ (vedi NOTA) NO 2 ☐

Se Sì (vedi NOTA):

1C.9.1 R Numero minori accolti mediamente durante il giorno : |__|__|__|__|

1C.9.2 R Il Servizio diurno è riservato esclusivamente agli ospiti del Servizio residenziale?… SI 1 ☐ NO 2 ☐

1C.9.3 R Il Servizio diurno viene svolto nei locali in comune con un Servizio residenziale?… SI 1 ☐ NO 2 ☐

1C.9.4 R Esiste personale aggiuntivo per il Servizio di centro diurno?…….. SI 1 ☐ NO 2 ☐

NOTA: Se la scheda che state compilando è riferita ad un presidio residenziale, qualora l'attività di Servizio diurno sia di carattere permanente e non sporadica, è necessario compilare un'apposita scheda, (Si rimanda alla definizione di Centro diurno presente nella guida alla compilazione per valutare se la vostra attività di servizio diurno sia caratterizzata come presidio di Centro diurno minori).

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.**	**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 2004 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	☐	☐	☐	
Assistenza socio-educativa	☐	☐	☐	
Assistenza medica	☐	☐	☐	
Assistenza psicologica	☐	☐	☐	
Assistenza riabilitativa	☐	☐	☐	
Attività culturali	☐	☐	☐	
Attività didattico-educative (formazione scolastica SOSTEGNO)	☐	☐	☐	
Attività di animazione/socializzazione	☐	☐	☐	
Attività di controllo e sorveglianza	☐	☐	☐	
Attività ginnico/sportive	☐	☐	☐	
Attività occupazionali	☐	☐	☐	
Formazione professionale	☐	☐	☐	
Fornitura pasti/consegna	☐	☐	☐	
Lavanderia/guardaroba	☐	☐	☐	
Pulizia e riordino camere/locali/abitazione	☐	☐	☐	
Pulizia generale/riordino spazi comuni	☐	☐	☐	
Segretariato sociale	☐	☐	☐	
Servizi amministrativi	☐	☐	☐	
Trasporti	☐	☐	☐	
Vacanze estive	☐	☐	☐	

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

SEZIONE 3. Dati sugli assistiti

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

ATTENZIONE: Se si tratta di presidio residenziale con anche servizio diurno indicare in questa sezione soltanto gli utenti dell'assistenza residenziale (con pernottamento)

3.1 I-R Indicare il numero di Utenti presenti nel presidio, distinti per genere e tipologia di disagio *In presenza di più problematiche concomitanti attribuire l'assistito ad una sola categoria, considerando la causa prioritaria del suo disagio. Ricorrere alla modalità "Altro" soltanto se non è possibile ricondurre il caso alle categorie specificate.*

UTENTI	Età in anni e sesso												Di cui stranieri (3)
	0-2		3-5		6-10		11-14		15-17		18 e più		
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
con handicap fisico													
con handicap psichico													
con handicap sensoriale													
con handicap plurimo													
coinvolti in procedure penali o in custodia alternativa													
tossicodipendenti e alcolisti													
gestanti e madri con bambini a carico (1)													
con problemi familiari e relazionali, economici, abitativi(2)													
Altro													
TOTALE													

(1) Nel caso in cui il presidio ospiti madri con bambini a carico, indicare in questa categoria il numero di madri e attribuire i bambini ad una delle voci rimanenti, in corrispondenza della loro problematica prevalente.
(2) Includere in questa categoria soltanto gli urenti che non hanno problemi aggiuntivi (handicap, tossicodipendenza, procedure penali)
(3) Utenti che non hanno la cittadinanza italiana

3.1.1 I-R Indicare il numero di utenti adulti nel presidio al 31/12/2004 per classe di età:

	Classi d'età	Maschi	Femmine	Totale
ADULTI:	18-24			
	25-44			
	45-64			
TOTALE UTENTI				

3.2 R **Numero Utenti in carico al 31/12/2004, 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	

3.2.2 R **Minori in carico al 31/12/2004 con almeno un genitore di provenienza extra-comunitaria …….** N° |__|__|__|

3.2.3 R **Minori in carico al 31/12/2004 inseriti direttamente dalla famiglia ……** N° |__|__|__|

3.2.4 R **Minori in carico al 31/12/2004 con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria:**

Civile …….…….. N° |__|__|__|

Amministrativo ….…….. N° |__|__|__|

Penale …….. N° |__|__|__|

3.3 Indicare il numero di Utenti del presidio al 31/12/2004 per tipologia di pagamento

	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	
TOTALE UTENTI	

3.4 I-R **Indicare il numero di accoglienze, dimissioni e decessi avvenuti nel corso del 2004**
(Se si tratta di presidio residenziale, includere tra gli "accolti" tutti i soggetti accolti nell'anno 2004 che hanno trascorso almeno una notte all'interno del presidio. Se si tratta di scheda per Centro diurno includere quelli che hanno trascorso almeno mezza giornata)

UTENTI	Età in anni e sesso												TOTALE		Di cui stranieri
	0-2		3-5		6-10		11-14		15-17		18 e più				
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
ACCOLTI															
DIMESSI															
DECEDUTI															

3.5 I-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° |__|__|__|__|__|__|

Di cui giornate complessive di ospitalità temporanea 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[(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 31/12/2004 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			

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 riduzione degli importi in funzione delle condizioni economiche degli assistiti?

SI 1 ☐ NO 2 ☐

4.2 R Retta giornaliera rilevata al 31/12/2004

☐ RETTA UNICA € |__|__|__|.|__|__|

☐ RETTA DIFFERENZIATA:

RETTA MINIMA € |__|__|__|.|__|__|

RETTA MASSIMA € |__|__|__|.|__|__|

4.2.1 R Nella retta sono incluse:

- ☐ Spese sanitarie non coperte dal Servizio Sanitario Nazionale
- ☐ Spese scolastiche
- ☐ Attività sportive a tempo libero

4.2.2 R Esiste una convenzione con l'ASL per l'apertura della struttura anche senza utenti?

SI 1 ☐ NO 2 ☐

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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Per attività sanitarie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Per altri tipi di attività	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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 ☐

b) Quali quesiti sono risultati più difficili?
(Indicare i numeri dei quesiti, al massimo 3)

N° …… N° …… N° ……

c) Di quali quesiti si consiglia l'eliminazione?
(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: _____

Cognome: _____

Telefono: _____ / _____

Firma:

_____

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.