

Sistema Informativo delle Politiche Sociali

Rilevazione per la programmazione sociale e i piani di zona

PRESIDI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI SETTORE MULTIUTENZA – 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

- Casa famiglia
- Casa della carità
- Comunità madre-bambino
- Appartamenti accoglienza temporanea donne/madri

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 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 n. 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°

1C.1.1 SOLO PER APPARTAMENTI DI ACCOGLIENZA TEMPORANEA DONNE / MADRI

Se il presidio è un 'unica struttura formata da più appartamenti indicare: appartamenti N°

1C.1.2 Il presidio è attrezzato per accogliere: (Sono possibili più risposte)

Minori (fino a 17 anni)..... 1
Adulti (18-64 anni) 2
Anziani (65 anni e oltre) 3

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 <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"/>	Centri 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

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

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

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

1C.9 Il presidio svolge anche servizio diurno? SI 1 NO 2

Se Sì:

1C.9.1 Numero utenti accolti mediamente durante il giorno : |_|_|_|_|_|

1C.9.2 Il Servizio diurno è riservato esclusivamente agli ospiti del Servizio residenziale?... 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		A carico S.S.N.		Convenzionati		Volontari		Conviventi	Stranieri
	M.	F.	Numero	Ore sett.	Numero	Ore sett.	Numero	Ore sett.	Numero	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										
Obiettisti										
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistenza socio-educativa	<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"/>	
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 medica	<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"/>	
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 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"/>	
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"/>	
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 31/12/2004 se non altrimenti specificato nei singoli quesiti)

ATTENZIONE: Indicare in questa sezione soltanto gli utenti dell'assistenza residenziale (con pernottamento)

- 3.1 I-R** Indicare il numero di utenti MINORI, ADULTI E ANZIANI presenti nel presidio, distinti per età, 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.

A) MINORI DI 18 anni	Età in anni e sesso										Di cui stranieri (1)
	0-2		3-5		6-10		11-14		15-17		
	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 ⁽²⁾											
con problemi familiari e relazionali, economici, abitativi ⁽³⁾											
Altro											
TOTALE											

(1) Minori che non hanno la cittadinanza italiana

(2) Nel caso in cui il presidio ospiti madri minori 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.

(3) Includere in questa categoria soltanto i minori che non hanno problemi aggiuntivi (handicap, tossicodipendenza, procedure penali).

B) ADULTI (18-64 anni)	Età in anni e sesso						Di cui stranieri (1)
	18-24		25-44		45-64		
	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 ⁽²⁾							
con problemi familiari e relazionali, economici, abitativi ⁽³⁾							
Altro							
TOTALE							

(1) Persone che non hanno la cittadinanza italiana

(2) Nel caso in cui il presidio ospiti madri maggiorenni con bambini a carico, indicare in questa categoria il numero di madri e attribuire i bambini ad una delle voci del riquadro A), secondo la loro problematica prevalente.

(3) Includere in questa categoria soltanto gli adulti che non hanno problemi aggiuntivi (handicap, tossicodipendenza, procedure penali).

C) ANZIANI (65 anni e più)	Età in anni e sesso				Di cui stranieri (1)
	65-74		75 e più		
	M.	F.	M.	F.	
autosufficienti					
non-autosufficienti (2)					

(1) Persone che non hanno la cittadinanza italiana

(2) Anziani in stato di invalidità permanente o con grave riduzione dell'autonomia personale, che richiedono in modo continuativo l'aiuto di altre persone per le attività della vita quotidiana.

3.2 **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 **Minori in carico al 31/12/2004 con almeno un genitore di provenienza extra-comunitaria** N° |_|_|_|_|

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

3.2.4 **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

(Includere tra gli "accolti" tutti i soggetti accolti nell'anno 2004 che hanno trascorso almeno una notte all'interno del presidio)

UTENTI	Età in anni e sesso						TOTALE		Di cui stranieri
	fino a 17 anni		18-64 anni		65 anni e più				
	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°

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 riduzioni degli importi in funzione delle condizioni economiche degli assistiti?

- SI 1 NO 2

4.2 Retta giornaliera rilevata al 31/12/2004

- RETTA UNICA €|_|_|_|_|,|_|_|_|_|
- RETTA DIFFERENZIATA:
- RETTA MINIMA €|_|_|_|_|,|_|_|_|_|
- RETTA MASSIMA €|_|_|_|_|,|_|_|_|_|

4.2.1 Nella retta sono incluse:

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

4.2.2 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	<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 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.