

## Sistema Informativo delle Politiche Sociali

Rilevazione per la programmazione sociale e i piani di zona

### SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Anno 2005

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

*Per informazioni telefonare all'Amministrazione Provinciale Assessorato alle Politiche Sociali*

#### Servizi di Assistenza Domiciliare

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.

## SEZIONE 1. Informazioni generali sul servizio

*(Riferite al 31/12/2005 se non altrimenti specificato nei singoli quesiti)*

### QUADRO A: INFORMAZIONI IDENTIFICATIVE DEL SERVIZIO

**1A.1** Nel caso in cui la denominazione e l'indirizzo del servizio 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 servizio

Telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**1A.3** Data di inizio attività del servizio: |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

**1A.4** Data di chiusura attività: |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

## QUADRO B: INFORMAZIONI RELATIVE ALLA GESTIONE DEL PRESIDIO

### 1B.1 Ente titolare del Servizio

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 servizio: (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 servizio? (Una sola risposta)

Direttamente dall'ente titolare.....

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 servizio: (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 servizio?

Proprietà ..... 1 |  |

Affitto da enti pubblici ..... 2 |  |

Affitto da privati ..... 3 |  |

Usufrutto o uso gratuito ..... 4 |  |

Altro titolo ..... 5 |  |

## QUADRO C: INFORMAZIONI SULL'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

**1C.2 E' capitato, nel corso del 2005, di non poter accogliere persone che avevano i requisiti richiesti?**

SI 1

NO 2

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

SI 1

NO 2

*(In caso di risposta negativa passare al quesito 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 servizio 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 servizio 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 31/12/2005 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		Stranieri
	M.	F.	Numero	Ore sett.	Numero	Ore sett.	Numero	Ore sett.	
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 / Massofisioterapisti									
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)									
<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 2005 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 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 <b>Elenco enti erogatori</b> (è possibile indicare anche più di un ente per tipologia di prestazione)
	Diretta	In convenzione	Mista	
Accompagnamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistenza infermieristica diurna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistenza infermieristica notturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistenza 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"/>	
Assistenza tutelare diurna/aiuto alla persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistenza tutelare notturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attività di animazione/socializzazione	<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"/>	
Podologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulizia e riordino camere/locali/abitazione	<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"/>	
<b>Telesoccorso</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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>Numero progressivo ente</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 31/12/2005 se non altrimenti specificato nei singoli quesiti)

**3.1 Indicare il numero di Utenti delle prestazioni tutelari in carico al 31/12/2005, distinti per classe d'età, genere e categoria** (sono considerati utenti coloro che fruiscono di almeno un intervento settimanale). Ogni individuo deve essere attribuito ad una singola categoria.

UTENTI ANZIANI	Meno di 65 anni		da 65 a 74 anni		da 75 a 79 anni		80 o più anni		TOTALE		Di cui stranieri
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
<i>Sono da considerare in questa tabella solo gli utenti in carico in quanto anziani anche se con meno di 65 anni. Gli utenti DISABILI vanno inseriti nella tabella successiva</i>											
<b>Anziani Autosufficienti</b> (senza corresponsione oneri dal F.S.N.) <b>che vivono soli</b>											
<b>Anziani Autosufficienti</b> (senza corresponsione oneri dal F.S.N.) <b>conviventi con coniuge anziano o altri anziani</b>											
<b>Anziani Autosufficienti</b> (senza corresponsione oneri dal F.S.N.) <b>conviventi con i familiari</b>											
<b>Anziani Non autosufficienti</b> con corresponsione oneri dal F.S.N. ( <i>certificati ASL</i> ) <b>che vivono soli</b>											
<b>Anziani Non autosufficienti</b> con corresponsione oneri dal F.S.N. ( <i>certificati ASL</i> ) <b>conviventi con coniuge anziano o altri anziani</b>											
<b>Anziani Non autosufficienti</b> con corresponsione oneri dal F.S.N. ( <i>certificati ASL</i> ) <b>conviventi con i familiari</b>											
<b>Anziani Non autosufficienti</b> senza corresponsione oneri dal F.S.N. ( <i>certificati e NON certificati ASL</i> ) <b>che vivono soli (1)</b>											
<b>Anziani Non autosufficienti</b> senza corresponsione oneri dal F.S.N. ( <i>certificati e NON certificati ASL</i> ) <b>conviventi con coniuge anziano o altri anziani (1)</b>											
<b>Anziani Non autosufficienti</b> senza corresponsione oneri dal F.S.N. ( <i>certificati e NON certificati ASL</i> ) <b>conviventi con i familiari (1)</b>											
<b>Altro</b>											
<b>TOTALE ANZIANI</b>											

**(1) Indicare se fra gli “anziani non autosufficienti senza corresponsione oneri dal F.S.N.” già registrati nella tabella precedente vi sono anziani certificati ASL per i quali non vengono corrisposti gli oneri a rilievo sanitario**

Numero anziani.....|\_|\_|\_|\_|

<b>UTENTI DISABILI</b> <i>Sono da considerare in questa tabella solo gli utenti in carico in quanto disabili con certificazione</i>	Età in anni compiuti e sesso				Di cui stranieri
	Meno di 65 anni		Totale		
	M.	F.	M.	F.	
Con handicap fisico certificato (1)					
Con handicap psichico certificato (1)					
Con handicap sensoriale certificato (1)					
Con handicap plurimo certificato (1)					
Altro					
<b>TOTALE DISABILI</b>					

(1) Utenti in carico al Servizio disabili adulti con qualsiasi tipo di certificazione di disabilità

### 3.1.1 Indicare il N° di utenti delle sole prestazioni collaterali al 31/12/2005

N° utenti per Pasti a domicilio                   |\_|\_|\_|\_|\_|  
 N° utenti per prestazioni di lavanderia       |\_|\_|\_|\_|\_|  
 N. utenti per prestazioni di telesoccorso      |\_|\_|\_|\_|\_|  
 N. utenti per prestazioni di trasporto       |\_|\_|\_|\_|\_|

### 3.2 Numero Utenti in carico al 31/12/2005, in base alla provenienza

N. utenti residenti nel distretto / zona sociale del presidio.....|\_|\_|\_|\_|\_|  
 N. utenti residenti fuori distretto / zona sociale (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	
106 - Imola	
109 - Ferrara	
110 - Ravenna	
111 - Forlì	
112 - Cesena	
113 - Rimini	
Fuori regione	
<b>Totale utenti</b>	

### 3.3 Indicare il numero di utenti del Servizio al 31/12/2005 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 Servizio	
<b>TOTALE UTENTI</b>	



**3.4 Indicare il numero di accoglienze, dimissioni e decessi di utenti delle prestazioni tutelari avvenuti nel corso del 2005 (Includere tra gli "ammessi" tutti i soggetti che abbiano fruito di almeno un intervento settimanale)**

UTENTI ANZIANI	meno di 65 anni		da 65 a 74 anni		da 75 a 79 anni		80 o più anni		TOTALE		Di cui stranieri
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
AMMESSI											
DIMESSI											
DECEDUTI											

UTENTI DISABILI	meno di 65 anni		TOTALE		Di cui stranieri
	M	F	M	F	
ACCOLTI					
DIMESSI					
DECEDUTI					

## SEZIONE 4. Dati economici

(Riferiti al 31/12/2005 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 Tariffe rilevate al 31/12/2005:**

Contributo massimo richiesto all'utente per prestazione tutelare

Contributo minimo richiesto all'utente per prestazione tutelare

Contributo richiesto all'utente per singolo pasto a domicilio

**Al 31/12/2005**

€ \_\_\_\_\_

€ \_\_\_\_\_

€ \_\_\_\_\_

**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 2005.

Nel caso in cui il bilancio del 2005 non sia ancora disponibile, è possibile fare riferimento al preconsuntivo o alle previsioni per il 2005.

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 2005:**

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 2005:**

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.**

### Informativa per il trattamento dei dati

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, di cui all'art. 28 della legge regionale n. 2/2003:

- il Sistema Informativo è gestito in collaborazione con le Amministrazioni Provinciali (comma 1)

- i dati raccolti verranno utilizzati per le funzioni di programmazione e monitoraggio del sistema dell'offerta dei livelli regionale, provinciale e di zona (comma 2)

- è fatto obbligo ai soggetti pubblici e privati di fornire i dati a Regione e Province (comma 3).

La rilevazione viene effettuata sui presidi e interventi oggetto della dir. Reg. 564/2000 e sui servizi oggetto della programmazione per i Piani di Zona.

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).

In relazione alle finalità descritte, il trattamento dei dati avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità sopra evidenziate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

I dati potranno essere comunicati ai soggetti del sistema pubblico operanti nel settore delle politiche sociali.

I dati descrittivi del presidio e degli enti (informazioni generali sul presidio, tipologia di prestazioni e figure professionali, tipologia di utenza, rette) possono essere oggetto di pubblicazione in forma individuale da parte della Regione Emilia-Romagna.

Titolare della rilevazione è la Regione Emilia-Romagna, cui l'interessato può rivolgersi per esercitare i diritti previsti all'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003. Le richieste possono essere inoltrate, anche oralmente, all'URP della Regione Emilia-Romagna.

Il responsabile dell'indagine è il Direttore Generale della Direzione Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna.

### 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.