

Sistema Informativo delle Politiche Sociali

Rilevazione per la programmazione sociale e i piani di zona

SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Anno 2006

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 31/12/2006 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..... (In questo caso passare al quesito n. 1B.4)
- Da altro ente

1B.3.1 Ente gestore

Codice regionale ente gestore, Denominazione ente gestore, 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.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 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 SERVIZIO

1C.2 E' capitato, nel corso del 2006, 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 31/12/2006 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 sett.: il numero di ore settimanali complessivamente prestate

A carico S.S.N.: personale in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale o dipendente dal S.S.N. o comunque pagato dal S.S.N.

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		(il personale delle colonne 1-2-3-4 è da riferire alla colonna Totale addetti)						
	Numero	Ore sett.	1 Di cui a carico S.S.N. Personale in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale o dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale		2 Di cui convenzionati con altri enti diversi dal gestore <u>Tutto il personale in convenzione</u> incluso il personale convenzionato con il S.S.N. già conteggiato nella colonna 1		3 Di cui volontari Operatori che operano a titolo volontario anche in collaborazione con Associazioni di volontariato.		4 Di cui stranieri Includere tutto il personale straniero dipendente e/o in convenzione
			M.	F.	Numero	Ore sett.	Numero	Ore sett.	Numero
A.01 - coordinatore responsabile della struttura									
A.02 - sociologi									
A.03 - assistenti sociali									
A.04 - pedagogisti									
A.05 - psicologi									
E.01 - responsabili attività assistenziali (R.A.A.)									
E.02 - operatori socio-sanitari (O.S.S.)									
E.03 - addetti all'assistenza (A.d.B. con attestato regionale)									
E.04 - addetti all'assistenza (A.d.B. senza attestato regionale)									
I.01 - educatori professionali (diploma laurea Fac. Pedagogia/Scienze della Formazione)									
I.02 - educatori professionali (diploma laurea Fac. Medicina e Chirurgia ex DM Sanità 520/98)									
I.03 - educatori professionali (con attest. regional.)									
I.04 - educatori senza attest. regionale/diploma specifico									
I.05 - insegnanti ed altri addetti alla formazione									
I.06 - animatori sociali (con attestato regionale)									
I.07 - animatori (senza attestato regionale)									
I.08 - mediatori culturali / operatori interculturali									
O.01- neuropsichiatri									
O.02 - medici (non sono da rilevare i medici di base di scelta individuale)									
O.03 - logopedisti									
O.04 - infermieri (diploma laurea Fac. Medicina e Chirurgia ex DM Sanità 739/94 o equipollente)									
O.05 - infermieri generici									
O.06 - assistenti sanitari									
O.07 - fisioterapisti (diploma laurea Fac. Medicina e Chirurgia ex DM Sanità 741/94 o equipollente)									
O.08 - massofisioterapisti (con attestato/diploma rilasciato ai sensi della L. 403/1971)									
O.09 - altri operatori della riabilitazione									
O.10 - podologi									
S.01 - personale direttivo									
S.02 - personale amministrativo									
S.03 - addetti ai servizi generali (cucina, lavanderia, pulizie)									
S.04 - addetti alla manutenzione									
S.05 - addetti alla vigilanza									
S.06 - autisti									
U.01 - obiettori									
U.02 - operatori servizio civile									
U.03 - altro (compresi volontari con più mansioni)									
TOTALE									

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

Nazionalità	N.	Nazionalità	N.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	Totale addetti stranieri	_____

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 2006 il presidio ha affidato a ditte esterne lo svolgimento di servizi?**

SI 1

NO 2

2.5 **Prestazioni erogate**

*(Se la prestazione è totalmente o parzialmente affidata all'esterno, 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 nella colonna "Numero progressivo ente" della tabella Elenco enti erogatori di cui alla domanda 2.5.1 (è possibile indicare anche più di un ente per tipologia di prestazione)
	Diretta	Totalmente affidata all'esterno	Parzialmente affidata all'esterno	
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"/>	
Telesoccorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trasporti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2.5.1 Elenco enti erogatori

(Sono gli enti che hanno un rapporto di convenzione con il gestore per l'erogazione di una o più prestazioni.
Nella colonna **Codice natura giuridica** scrivere i codici indicati nella tabella successiva)

Numero progressivo ente	Denominazione	Indirizzo	CAP	Comune	Provincia	Codice natura giuridica (vedi tabella successiva)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Codici natura giuridica

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 31/12/2006 se non altrimenti specificato nei singoli quesiti)

3.1 Indicare il numero di Utenti delle prestazioni tutelari in carico al 31/12/2006, 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.

ATTENZIONE! NON VANNO CONTEGGIATI GLI UTENTI ASSISTITI NEL CORSO DELL'ANNO MA SOLO GLI UTENTI PRESENTI AL 31/12/2006

UTENTI ANZIANI <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>	Meno di 65 anni Da utilizzare solo per utenti con caratteristiche e patologie di tipo geriatrico		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		
Anziani Autosufficienti (senza corresponsione oneri dal F.S.N.) che vivono soli												
Anziani Autosufficienti (senza corresponsione oneri dal F.S.N.) conviventi con coniuge anziano o altri anziani												
Anziani Autosufficienti (senza corresponsione oneri dal F.S.N.) conviventi con i familiari												
Anziani Non autosufficienti con corresponsione oneri dal F.S.N. (certificati ASL) che vivono soli												
Anziani Non autosufficienti con corresponsione oneri dal F.S.N. (certificati ASL) conviventi con coniuge anziano o altri anziani												
Anziani Non autosufficienti con corresponsione oneri dal F.S.N. (certificati ASL) conviventi con i familiari												
Anziani Non autosufficienti senza corresponsione oneri dal F.S.N. (certificati e NON certificati ASL) che vivono soli (1)												
Anziani Non autosufficienti senza corresponsione oneri dal F.S.N. (certificati e NON certificati ASL) conviventi con coniuge anziano o altri anziani (1)												
Anziani Non autosufficienti senza corresponsione oneri dal F.S.N. (certificati e NON certificati ASL) conviventi con i familiari (1)												
Altro												
TOTALE ANZIANI												

(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.....|_|_|_|_|

ALTRE TIPOLOGIE DI UTENZA Vanno rilevati gli utenti disabili e di altre categorie (adulti, tossicodipendenti, ecc.)	0-14 anni		15-17 anni		18-24 anni		25-44 anni		45-64 anni		Totale		Di cui stranieri
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Con handicap fisico certificato ⁽¹⁾													
Con handicap psichico certificato ⁽¹⁾													
Con handicap sensoriale certificato ⁽¹⁾													
Con handicap plurimo certificato ⁽¹⁾													
Coinvolti in procedure penali o in custodia alternativa													
Tossicodipendenti e alcolisti													
Gestanti e madri con bambini a carico													
Con problemi familiari e relazionali, economici, abitativi ⁽²⁾													
Altro													
TOTALE													

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

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

3.1.1 Utenti per ogni prestazione collaterale in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare al 31/12/2006

Prestazioni erogate	N. utenti che usufruiscono anche di prestazioni tutelari	N. utenti che non usufruiscono di prestazioni tutelari
Pasti a domicilio		
Prestazioni di lavanderia		
Prestazioni di telesoccorso		
Prestazioni di trasporto		

3.2 Numero Utenti in carico al 31/12/2006, 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	
Totale utenti	

3.3 Indicare il numero di utenti del Servizio al 31/12/2006 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	
TOTALE UTENTI	

3.4 Indicare il numero di accoglienze, dimissioni e decessi di utenti delle prestazioni tutelari avvenuti nel corso del 2006 (Includere tra gli "ammessi" tutti i soggetti che abbiano fruito di almeno un intervento settimanale)

UTENTI ANZIANI	meno di 65 anni Da utilizzare solo per utenti con caratteristiche e patologie di tipo geriatrico		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											

ALTRE TIPOLOGIE DI UTENZA Vanno rilevati gli utenti disabili e di altre categorie (adulti, tossicodipendenti, ecc.)	0-14 anni		15-17 anni		18-24 anni		25-44 anni		45-64 anni		Totale		Di cui stranieri
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
AMMESSI con handicap certificato													
DIMESSI con handicap certificato													
DECEDUTI con handicap certificato													
AMMESSI altre categorie di utenza													
DIMESSI altre categorie di utenza													
DECEDUTI altre categorie di utenza													

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.