

## Sistema Informativo delle Politiche Sociali

Rilevazione per la programmazione sociale e i piani di zona

### **PRESIDI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI SETTORE MULTIUTENZA – Anno 2007**

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** (che hanno subito violenza)
- Appartamenti per l'accoglienza temporanea di persone singole o nuclei familiari** (persone singole o famiglie inserite in progetti di reinserimento sociale dei servizi)

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 presidio**

*(Riferite al 31/12/2007 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**  **Data di inizio attività del presidio:** | | / | | / | | | |

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

## QUADRO B: INFORMAZIONI RELATIVE ALLA GESTIONE DEL PRESIDIO

### 1B.1 Ente titolare del Presidio

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 del Presidio.....

1  (In questo caso passare al quesito n. 1B.4)

Da altro ente .....

2

#### 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 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 2007, di non poter accogliere persone che avevano i requisiti richiesti?

SI 1  NO 2

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

SI 1  NO 2  (In caso di risposta negativa passare al quesito n. 1C.4)

#### 1C.3.1 Quali delle seguenti tipologie di soggetti collaborano alle attività del presidio? (Sono possibili più risposte)

Comune.....	00	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	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  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 31/12/2007 se non altrimenti specificato nei singoli quesiti)

### 2.1 **L-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 1-2-3-4-5 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 Tutto il personale in convenzione 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 operatori conviventi		5 Di cui stranieri Includere tutto il personale straniero dipendente e/o in convenzione	
				M.	F.		Numero	Ore sett.	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)													
<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 2007 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 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"/>	
Mediazione culturale	<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"/>	

### 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 31/12/2007 se non altrimenti specificato nei singoli quesiti)

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

**3.1** **L-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										TOTALE		Di cui stranieri (1)	
	0-2		3-5		6-10		11-14		15-17		M.	F.	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 (2)														
con problemi familiari e relazionali, economici, abitativi(3)														
Altro														
<b>TOTALE</b>														

(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						TOTALE		Di cui stranieri (1)	
	18-24		25-44		45-64		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										
<b>TOTALE</b>										

(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).

**3.1.2** Indicare il numero totale di 18-21enni già in carico nella minore età (comprensivi degli stranieri e degli stranieri non accompagnati) presenti al 31/12/2007 nel presidio.....

C) ANZIANI (65 anni e più)	Età in anni e sesso				TOTALE		Di cui stranieri (1)
	65-74		75 e più		M.	F.	
	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 **R** Numero Utenti in carico al 31/12/2007, in base alla provenienza (Per gli utenti in struttura residenziale indicare la residenza precedente l'ingresso in struttura)

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 al 31/12 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 - Reggio Emilia		
104 - Modena		
105 - Bologna		
106 - Imola		
109 - Ferrara		
110 - Ravenna		
111 - Forlì		
112 - Cesena		
113 - Rimini		
		<b>Di cui 0 - 17 anni</b>
Totale da Regione (somma degli utenti provenienti dalle Asl)		
Totale da Fuori regione		
<b>Totale utenti</b> (somma complessiva Utenti Asl e utenti fuori regione)		

3.2.2 **R** Minori in carico al 31/12/2007 con almeno un genitore di provenienza extra-comunitaria ..... N° |\_|\_|\_|\_|

3.2.3 **R** Minori in carico al 31/12/2007 inseriti direttamente dalla famiglia ..... N° |\_|\_|\_|\_|

3.2.4 **R** Minori in carico al 31/12/2007 con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria:

Civile ..... N° |\_|\_|\_|\_|

Amministrativo ..... N° |\_|\_|\_|\_|

Penale ..... N° |\_|\_|\_|\_|

3.2.5 **R** Minori stranieri non accompagnati in carico al 31/12/2007..... N° |\_|\_|\_|\_|

(Non sono da includere i minori temporaneamente ospitati per progetti di solidarietà.; es. Chernobyl)

3.3 **Indicare il numero di Utenti del presidio al 31/12/2007 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	
<b>TOTALE UTENTI</b>	

3.4 **I-R** Indicare il numero di accoglienze, dimissioni e decessi avvenuti nel corso del 2007

(Includere tra gli "accolti" tutti i soggetti accolti nell'anno 2007 che hanno trascorso almeno una notte all'interno del presidio)

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

UTENTI	Età in anni e sesso				TOTALE		Di cui stranieri	
	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 2007? (Per il calcolo delle giornate di accoglienza si veda la "Guida alla compilazione del questionario")

Giornate di accoglienza nel 2007..... N°

3.6 Nel corso del 2007 sono usciti dei minori dal presidio? (meno di 18 anni) SI  NO

3.6.1 Indicare il numero di minori usciti dal presidio nel corso del 2007, per ciascuna destinazione specificata

N°

Rientrati nella famiglia di origine<sup>(1)</sup> ..... ..

Affidati ad un nucleo familiare..... ..

Adottati da un nucleo familiare..... ..

Trasferiti in altre strutture assistenziali..... ..

Resi autonomi (anche per i minori usciti col proprio nucleo familiare) ... ..

Rimpatriati..... ..

Destinazione ignota ..... ..

**Totale** ..... ..

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

3.7 Indicare il numero di minori ospiti del presidio al 31/12/2007 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			
<b>TOTALE</b>			

## SEZIONE 4. Dati economici

(Riferiti al 31/12/2007 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 31/12/2007**

- 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"/>							
Per attività sanitarie	<input type="checkbox"/>							
Per altri tipi di attività	<input type="checkbox"/>							

### ATTENZIONE:

*i dati richiesti nei successivi quesiti 4.4 e 4.5 si riferiscono al bilancio del 2007.*

*Nel caso in cui il bilancio del 2007 non sia ancora disponibile, è possibile fare riferimento al preconsuntivo o alle previsioni per il 2007. 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 2007:**

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 2007:**

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.