

## Sistema Informativo delle Politiche Sociali

Rilevazione per la programmazione sociale e Piani per la salute ed il benessere sociale

### SERVIZIO di ASSISTENZA DOMICILIARE Comunale – Anno 2009

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

#### q Servizio di Assistenza Domiciliare

Codice SIPS servizio - ATTIVITA' del servizio

Denominazione servizio ,

Indirizzo, Comune, Prov; Tel, Fax, e-mail

Data inizio attività

**La presente rilevazione viene attuata dalla Regione Emilia-Romagna in collaborazione con ISTAT.**

*Il questionario deve essere compilato dal responsabile del servizio socio-assistenziale, il quale può delegare altra persona, purché questa sia in grado di fornire tutte le informazioni richieste.*

**La data di riferimento delle informazioni richieste è il 31/12/2009.** A causa della concomitanza con il periodo natalizio, questa data può rappresentare un momento di alterazione nello svolgimento delle normali attività del servizio (minore disponibilità di personale ...); in tal caso si prega di **riferire le informazioni richieste all'ultimo giorno di regolare funzionamento del servizio nel corso del 2009.** Per alcuni quesiti contenuti nel questionario, e su di esso specificati, il riferimento temporale è all'intero anno 2009.

## SEZIONE 1. INFORMAZIONI GENERALI SUL SERVIZIO

(Riferite al 31/12/2009)

### QUADRO A: Informazioni Identificative del Servizio

#### 1A.1 Dati anagrafici del Servizio

**Nel caso in cui la denominazione e l'indirizzo del servizio riportati nell'etichetta in alto a destra non siano corretti indicare le eventuali variazioni (altrimenti passare alla domanda n. 1A.4)**

Denominazione del servizio: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ n. civico: \_\_\_\_\_ c.a.p. | d d d d d

Comune: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ sigla | d d

#### 1A.2 Recapiti del servizio

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

1A.3 Data di inizio attività del servizio: | d | / | d | / | d d d d

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

## QUADRO B: Informazioni relative al Titolare e Gestore del Servizio

### 1B.1 Ente Titolare del Servizio (Dati anagrafici)

Codice regionale ente titolare, Denominazione ente titolare, indirizzo, comune, provincia, Telefono, fax, email Codice fiscale, partita iva	<b>Nel caso in cui i dati riportati in etichetta non siano corretti indicare:</b> Denominazione _____ Indirizzo _____ N. civico _____ c.a.p.   d d d d d Comune _____ prov.   d d Telefono _____ / _____ Fax _____ / _____ e-mail _____ @ _____ <b>Codice fiscale:</b>   d d d d d d d d d d <b>Partita IVA:</b> _____
--	--

### 1B.2 Natura giuridica del titolare del servizio. (Una sola risposta)

00 <input type="radio"/> Comune	11 <input type="radio"/> Cooperativa
01 <input type="radio"/> Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.)	12 <input type="radio"/> Altra impresa privata
02 <input type="radio"/> Comunità montana	13 <input type="radio"/> A.S.L. con associazioni di Comuni
03 <input type="radio"/> Consorzio/Associazione di comuni	14 <input type="radio"/> Fondazione
04 <input type="radio"/> Provincia	15 <input type="radio"/> Cooperativa sociale (L.381/91)
05 <input type="radio"/> I.P.A.B.	16 <input type="radio"/> Associazioni di volontariato iscritte all'albo regionale
06 <input type="radio"/> Altro Ente pubblico	17 <input type="radio"/> Sindacati
07 <input type="radio"/> Ente religioso (L. 222/85)	18 <input type="radio"/> Società privata con partecipazione pubblica
08 <input type="radio"/> Società privata	19 <input type="radio"/> ASP (Azienda Servizi alla Persona)
09 <input type="radio"/> Associazione art. 12 c.c.(con pers. Giuridica)	20 <input type="radio"/> ATI (Associazione Temporanea d'Impresa)
10 <input type="radio"/> Associazione art. 36 c.c. (senza pers. Giuridica)	

### 1B.3 Da chi è gestito il servizio? (Una sola risposta)

- Direttamente dall'Ente Titolare del Servizio..... 1  (In questo caso passare al quesito n. 1C.2)  
 Da altro ente ..... 2

#### 1B.3.1 Ente gestore del servizio (Dati anagrafici)

Codice regionale ente gestore, Denominazione ente gestore, indirizzo, comune, provincia, Telefono, fax, email Codice fiscale, partita iva	<b>Nel caso in cui i dati riportati in etichetta non siano corretti indicare:</b> Denominazione _____ Indirizzo _____ N. civico _____ c.a.p.   d d d d d Comune _____ prov.   d d Telefono _____ / _____ Fax _____ / _____ e-mail _____ @ _____ <b>Codice fiscale:</b>   d d d d d d d d d d <b>Partita IVA:</b> _____
--	--

#### 1B.3.2 Natura giuridica del gestore del servizio. (Una sola risposta)

00 <input type="radio"/> Comune	11 <input type="radio"/> Cooperativa
01 <input type="radio"/> Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.)	12 <input type="radio"/> Altra impresa privata
02 <input type="radio"/> Comunità montana	13 <input type="radio"/> A.S.L. con associazioni di Comuni
03 <input type="radio"/> Consorzio/Associazione di comuni	14 <input type="radio"/> Fondazione
04 <input type="radio"/> Provincia	15 <input type="radio"/> Cooperativa sociale (L.381/91)
05 <input type="radio"/> I.P.A.B.	16 <input type="radio"/> Associazioni di volontariato iscritte all'albo regionale
06 <input type="radio"/> Altro Ente pubblico	17 <input type="radio"/> Sindacati
07 <input type="radio"/> Ente religioso (L. 222/85)	18 <input type="radio"/> Società privata con partecipazione pubblica
08 <input type="radio"/> Società privata	19 <input type="radio"/> ASP (Azienda Servizi alla Persona)
09 <input type="radio"/> Associazione art. 12 c.c.(con pers. Giuridica)	20 <input type="radio"/> ATI (Associazione Temporanea d'Impresa)
10 <input type="radio"/> Associazione art. 36 c.c. (senza pers. Giuridica)	

## QUADRO C: Informazioni sull'organizzazione del Servizio

1C.2 E' capitato, nel corso del 2009, di non poter erogare il servizio a persone che avevano i requisiti richiesti?

SI 1  NO 2

se SI *specificare* il numero di persone in *Lista d'attesa* N° |\_|\_|\_|

1C.3 Indicare il numero di giorni di apertura del servizio durante l'anno:

Tot. giorni di apertura nell'anno N° |\_|\_|\_|

1C.4 Il servizio rimane aperto durante il fine settimana (sabato e domenica)? (Una sola risposta)

Sì sempre ..... 1

Solo il sabato ..... 2

No ..... 3

## SEZIONE 2. Dati sul personale del servizio

(Riferiti al 31/12/2009)

### 2.1 Personale che contribuisce con la propria attività al funzionamento del servizio, secondo la figura professionale;

(Gli addetti che svolgono più funzioni devono essere conteggiati in una sola casella, in corrispondenza della loro funzione prevalente)

<b>Tipologia del personale</b>	Totale addetti			(il Personale delle colonne 1-2-3-4 è da riferire alla Colonna Totale addetti)				
	Numero		Totale Ore settimanali (1)	[Col. 1]	[Col. 2]	[Col. 3]		[Col. 4]
	M.	F.		di cui contrattualizzato SSN/Azienda sanitaria locale  Ore sett.	di cui contrattualizzato con altri Enti/ soggetti diversi dal gestore (appalto/ convenzioni)  Ore sett.	di cui Volontari Operatori che operano a titolo volontario  Numero	Ore sett.	di cui stranieri (dipendenti e/o in convenzione, appalto)  Numero
A.01 - coordinatore responsabile della struttura								
A.02 - sociologi								
A.03 - assistenti sociali								
A.04 - pedagogisti								
A.05 - psicologi								
A.06 - figure genitoriali in comunità familiari								
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)								
E.05 - altri addetti all'assistenza (OTA, OSA ..)								
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.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								
O.12 - terapisti della riabilitazione psichiatrica								
O.13 - medici di medicina generale								
O.14 - medici specialisti								
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.02 - operatori servizio civile								
U.03 - altro (compresi volontari con più mansioni)								
<b>TOTALE</b>								

(1) Occorre sommare tutte le ore previste da contratto per tutte le unità di personale della figura professionale specificata

**2.2 Indicare, qualora operino addetti stranieri, le nazionalità:**  
*(Il totale degli addetti stranieri deve corrispondere al totale addetti stranieri tab. 2.1 [colonna 4])*

Nazionalità	N.	Nazionalità	N.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	<b>Totale addetti stranieri</b>	_____

**2.3 Specificare le Prestazioni erogate nel corso del 2009, specificando la tipologia di gestione dei servizi.**  
*(Se la prestazione è **totalmente o parzialmente affidata all'esterno**, specificare il codice della **natura giuridica dell'ente erogatore [tab. 2.3.1]**, il quale ha un rapporto di convenzione/appalto con il gestore per l'erogazione di una o più prestazioni)*

TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI	GESTIONE <i>(barrare non più di una casella per tipologia di prestazione)</i>			Indicare il Codice Natura Giuridica ENTE EROGATORE/I <i>(come da tabella 2.3.1)</i>  <i>(è possibile indicare anche più di un ente per tipologia di prestazione)</i>
	Diretta	Totalmente affidata all'esterno	Parzialmente affidata all'esterno	
Accompagnamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Assistenza infermieristica diurna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Assistenza infermieristica notturna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Assistenza medica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Assistenza psicologica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Assistenza riabilitativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Assistenza tutelare diurna/aiuto alla persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Assistenza tutelare notturna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Attività di animazione/socializzazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fornitura pasti/consegna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lavanderia/guardaroba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Podologo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pulizia e riordino camere/locali/abitazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Segretariato sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Servizi amministrativi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Telesoccorso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Trasporti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

2.3.1. - Codici natura giuridica	
00 <input type="radio"/> Comune	11 <input type="radio"/> Cooperativa
01 <input type="radio"/> Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.)	12 <input type="radio"/> Altra impresa privata
02 <input type="radio"/> Comunità montana	13 <input type="radio"/> A.S.L. con associazioni di Comuni
03 <input type="radio"/> Consorzio/Associazione di comuni	14 <input type="radio"/> Fondazione
04 <input type="radio"/> Provincia	15 <input type="radio"/> Cooperativa sociale (L.381/91)
05 <input type="radio"/> I.P.A.B.	16 <input type="radio"/> Associazioni di volontariato iscritte all'albo regionale
06 <input type="radio"/> Altro Ente pubblico	17 <input type="radio"/> Sindacati
07 <input type="radio"/> Ente religioso (L. 222/85)	18 <input type="radio"/> Società privata con partecipazione pubblica
08 <input type="radio"/> Società privata	19 <input type="radio"/> ASP (Azienda Servizi alla Persona)
09 <input type="radio"/> Associazione art. 12 c.c.(con pers. Giuridica)	20 <input type="radio"/> ATI (Associazione Temporanea d'Impresa)
10 <input type="radio"/> Associazione art. 36 c.c. (senza pers. Giuridica)	

### SEZIONE 3. Dati sugli assistiti

(Riferiti al 31/12/2009, se non altrimenti specificato nei singoli quesiti)

- 3.1 Indicare il numero di Utenti che usufruiscono di prestazioni tutelari in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare al 31/12/2009, 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! RIPORTARE SOLO GLI UTENTI ASSISTITI AL 31/12/2009

**Tab. 3.1- Sez. A) Indicare gli Utenti ANZIANI, assistiti al 31/12/2009**

(A) UTENTI Anziani <i>(oppure Adulti con patologie di tipo geriatrico)</i>	meno di 65 anni		da 65 a 74		da 75 a 79		80 anni e più		TOTALE		di cui stranieri <sup>(3)</sup>
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Autosufficienti											
Non autosufficienti di grado lieve											
Non autosufficienti certificati <b>con quota</b> a carico FRNA (oneri a rilievo sanitario/AUSL) <sup>(1)</sup>											
Non autosufficienti certificati <b>senza quota</b> a carico FRNA (oneri a rilievo sanitario/AUSL)											
<b>TOTALE (*)</b>											

Di cui numero di Utenti con oltre 75 anni che vivono soli

(Tali Ospiti vanno comunque inseriti e conteggiati nella tabella 3.1 - Sez. A degli Utenti)

N. Maschi

N. Femmine

**Tab. 3.1- Sez. B) Indicare gli Utenti DISABILI e le ALTRE tipologie di utenza, assistiti al 31/12/2009**

(B) Altre TIPOLOGIE di UTENZA Indicare gli utenti disabili e di altre tipologie (adulti, tossicodipendenti, ecc.)	meno di 14 anni		da 15 a 17		da 18 a 24		da 25 a 44		da 45 a 64 anni		Totale		di cui stranieri <sup>(3)</sup>
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
con handicap <b>fisico</b> certificato <sup>(2)</sup>													
con handicap <b>psichico</b> certificato <sup>(2)</sup>													
con handicap <b>sensoriale</b> certificato <sup>(2)</sup>													
con handicap <b>plurimo</b> certificato <sup>(2)</sup>													
Tossicodipendenti e alcolisti													
Altro: <i>specificare</i> _____													
<b>TOTALE</b>													

(1) Utenti con quota a carico FRNA, con oneri a rilievo sanitario/AUSL, ai sensi della direttiva regionale 1378/99

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

(3) Utenti che non hanno la cittadinanza italiana

#### 3.1.1 Utenti per ogni prestazione collaterale in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare, al 31/12/2009

PRESTAZIONI erogate	N. Utenti che <u>usufruiscono</u> anche di prestazioni tutelari <sup>(4)</sup>	N. Utenti che <u>NON usufruiscono</u> di prestazioni tutelari
Pasti a domicilio		
Prestazioni di lavanderia		
Prestazioni di telesoccorso		
Prestazioni di trasporto		

(4) Riportare in questa colonna solo gli utenti che usufruiscono anche di prestazioni tutelari, già inseriti nella tabella 3.1 (Sez. A e Sez. B)

**3.3 Indicare il numero di Utenti presenti nel servizio al 31/12/2009, per tipologia di pagamento**  
(il totale utenti deve coincidere con quello della **tabella 3.1 (Sez. A+Sez. B)**)

<b>Tipologia di pagamento</b>	<b>N° UTENTI</b>
Totalmente a carico di Enti pubblici o del servizio	
Parzialmente a carico degli assistiti, con integrazioni da parte di Enti pubblici e ASL per oneri a rilievo sanitario	
Totalmente a carico degli assistiti	
<b>TOTALE UTENTI (*)</b>	

(\*) Il totale della tab. 3.3 deve corrispondere al **Totale Utenti** in carico al servizio al 31/12/2009=totale **tab.3.1 (Sez. A+Sez. B)**

*Le seguenti tabelle 3.4, Sez. A) e Sez. B) si riferiscono al flusso degli utenti (nuovi ammessi, dimessi, deceduti), che hanno usufruito del servizio di assistenza domiciliare nel corso dell'anno 2009*

**3.4 Indicare il numero di ammissioni (nuovi utenti del servizio nell'anno), dimissioni e decessi di utenti del servizio di assistenza domiciliare, avvenuti nel corso del 2009, per categoria di utenza: Anziani, Disabili e altre categorie (adulti, tossicodipendenze....)**

*(Includere tra i "nuovi ammessi" tutti i soggetti che abbiano fruito di almeno un intervento settimanale)*

**Tab. 3.4- Sez. A) Indicare il flusso degli Utenti ANZIANI, nel corso dell'anno 2009**

<b>(A) UTENTI ANZIANI</b> <i>(oppure Adulti con patologie di tipo geriatrico)</i>	<b>meno di 65 anni</b> <i>(includere solo utenti con patologie di tipo geriatrico)</i>		<b>da 65 a 74</b>		<b>da 75 a 79</b>		<b>80 e più anni</b>		<b>TOTALE</b>		<b>Di cui stranieri</b> <sup>(1)</sup>
	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	
<b>Nuovi AMMESSI</b> <i>nell'anno 2009</i>											
<b>DIMESSI</b>											
<b>DECEDUTI</b>											

**Tab. 3.4- Sez. B) Indicare il flusso delle Altre Tipologie di Utenza, nel corso dell'anno 2009**

<b>(B) Altre TIPOLOGIE di UTENZA</b> <i>Indicare gli utenti disabili e di altre categorie (adulti, tossicodipendenti, ecc.)</i>	<b>0-14 anni</b>		<b>15-17 anni</b>		<b>18-24 anni</b>		<b>25-44 anni</b>		<b>45-64 anni</b>		<b>Totale</b>		<b>Di cui stranieri</b> <sup>(1)</sup>
	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	
<b>Nuovi AMMESSI</b> nell'anno 2009 con <b>handicap certificato</b>													
<b>DIMESSI</b> con <b>handicap certificato</b>													
<b>DECEDUTI</b> con <b>handicap certificato</b>													
<b>Nuovi AMMESSI</b> nell'anno 2009 <b>altre categorie di utenza</b>													
<b>DIMESSI</b> <b>altre categorie di utenza</b>													
<b>DECEDUTI</b> <b>altre categorie di utenza</b>													

(1) Utenti che non hanno la cittadinanza italiana







## PARTE RISERVATA al COMPILATORE

Le domande che seguono sono finalizzate a conoscere l'opinione del compilatore riguardo alla formulazione dei quesiti posti. Le indicazioni fornite consentiranno di migliorare le versioni successive del questionario.

### a) Tempo impiegato per la compilazione

- Meno di 1 ora ..... 1
- Tra 1 e 2 ore ..... 2
- Tra 2 e 3 ore ..... 3
- Oltre 3 ore ..... 4

### b) Quali quesiti sono risultati più difficili?

(Indicare i numeri dei quesiti, al massimo 3)

N° ..... N° ..... N° .....

### c) Di quali quesiti si consiglia l'eliminazione?

(Indicare i numeri dei quesiti, al massimo 3)

N° ..... N° ..... N° .....

### d) Ulteriori suggerimenti:

\_\_\_\_\_

**Si ringrazia il compilatore per aver fornito un prezioso contributo alla divulgazione di dati precisi e attendibili sulle tematiche rilevate**

### 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, gestito in collaborazione con le Amministrazioni Provinciali, 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 DGR 564/2000, DGR 270/00, DGR. 846/07 e sui servizi oggetto della programmazione per i Piani per la Salute ed il Benessere sociale.

Per l'ISTAT la presente indagine rientra tra le rilevazioni di interesse pubblico inserite nel Programma Statistico Nazionale (PSN), approvato, per il triennio 2008-2010, con DPCM 3 agosto 2009 (SO n. 186 alla GU 13.10.2009); 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 successive modificazioni ed integrazioni.

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

I dati descrittivi del servizio e degli enti (informazioni generali sul servizio, 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

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.

Il questionario va spedito alla Provincia di competenza, che provvederà all'inoltro in Regione.

### Dati del compilatore

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_