

Regione Abruzzo
 Osservatorio Sociale Regionale

**in collaborazione con le Amministrazioni Provinciali
 di L'Aquila – Chieti – Pescara - Teramo**

**RILEVAZIONE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI
 SOCIALI NELLA REGIONE ABRUZZO**
Monitoraggio 2005 – Rilevazione offerta al 31/12/2005

Scheda di rilevazione (Mod. OSR 01 versione 1.1)

	P	P	A	A	G	G	G	N	N	N	N
IDENTIFICATIVO SCHEDA:											

1. GENERALITA' DEL SERVIZIO

1.1.	ENTE TITOLARE RESPONSABILE DEL SERVIZIO
1.1.1.	Denominazione dell'ente titolare del servizio/intervento*:
1.1.2	Indirizzo*:
1.1.2.1	CAP*:
1.1.2.2	Città*:
1.1.2.3	Prov.*:
1.1.2.4	Telefono*: ()
1.1.2.5	Fax: ()
1.1.2.6	E-mail:
1.1.2.7	Sito web:
1.1.3.	NATURA GIURIDICA* (barrare una sola risposta)
1.1.3.1	<input type="checkbox"/> Ente Pubblico
1.1.3.2	<input type="checkbox"/> Ente Privato
1.1.3.3	<input type="checkbox"/> Ente misto

1.1.4	TIPOLOGIA ENTE TITOLARE* (barrare una sola risposta)
1.1.4.1	<input type="checkbox"/> Amministrazione Comunale
1.1.4.2	<input type="checkbox"/> Comunità Montana
1.1.4.3	<input type="checkbox"/> Provincia
1.1.4.4	<input type="checkbox"/> Associazione di comuni
1.1.4.6	<input type="checkbox"/> Azienda Unità Sanitaria Locale
1.1.4.7	<input type="checkbox"/> I.P.A.B.
1.1.4.8	<input type="checkbox"/> Azienda/Consorzio pubblico
1.1.4.9	<input type="checkbox"/> Cooperativa
1.1.4.10	<input type="checkbox"/> Cooperativa sociale
1.1.4.11	<input type="checkbox"/> Associazione di volontariato
1.1.4.12	<input type="checkbox"/> Fondazione/ente morale riconosciuto
1.1.4.13	<input type="checkbox"/> Associazione non riconosciuta (art. 36 c.c.)
1.1.4.14	<input type="checkbox"/> Ente ecclesiastico
1.1.4.15	<input type="checkbox"/> Società privata
1.1.4.16	<input type="checkbox"/> Altro.
1.2.	SOGGETTO CHE GESTISCE IL SERVIZIO: (compilare se diverso dal titolare)
1.2.1.	Denominazione del soggetto che gestisce il servizio/intervento:
1.2.2	Indirizzo:
1.2.2.1	CAP:
1.2.2.2	Città:
1.2.2.3	Prov.:
1.2.2.4	Telefono: ()
1.2.2.5	Fax: ()
1.2.2.6	E-mail:
1.2.2.7	Sito web:
1.2.3.	NATURA GIURIDICA (barrare una sola risposta)
1.2.3.1	<input type="checkbox"/> Ente Pubblico
1.2.3.2	<input type="checkbox"/> Ente Privato
1.1.3.3	<input type="checkbox"/> Ente misto
1.2.4	TIPOLOGIA ENTE CHE GESTISCE IL SERVIZIO (barrare una sola risposta).
1.2.4.1	<input type="checkbox"/> Amministrazione Comunale
1.2.4.2	<input type="checkbox"/> Comunità Montana
1.2.4.3	<input type="checkbox"/> Provincia
1.2.4.4	<input type="checkbox"/> Associazione di comuni
1.2.4.6	<input type="checkbox"/> Azienda Unità Sanitaria Locale
1.2.4.7	<input type="checkbox"/> I.P.A.B.
1.2.4.8	<input type="checkbox"/> Azienda/Consorzio pubblico
1.2.4.9	<input type="checkbox"/> Cooperativa
1.2.4.10	<input type="checkbox"/> Cooperativa sociale
1.2.4.11	<input type="checkbox"/> Associazione di volontariato
1.2.4.12	<input type="checkbox"/> Fondazione/ente morale riconosciuto
1.2.4.13	<input type="checkbox"/> Associazione non riconosciuta (art. 36 c.c.)
1.2.4.14	<input type="checkbox"/> Ente ecclesiastico
1.2.4.15	<input type="checkbox"/> Società privata
1.2.4.16	<input type="checkbox"/> Altro.

2. LOCALIZZAZIONE DEL SERVIZIO/INTERVENTO

2.1	SEDE CENTRALE DEL SERVIZIO O DELL'INTERVENTO
2.1.1	Denominazione della sede del centro/servizio/intervento (per esteso)*:
2.1.2	Indirizzo*:
2.1.2.1	CAP*:
2.1.2.2	Città*:
2.1.2.3	Prov.*:
2.1.2.4	Telefono*: ()
2.1.2.5	Fax: ()
2.1.2.6	E-mail:
2.1.2.7	Sito web:
2.1.3	Estremi della persona referente del servizio o dell'intervento*
2.1.3.1	Cognome*:
2.1.3.2	Nome*:
2.1.3.3	Indirizzo*:
2.1.3.4	CAP*:
2.1.3.5	Città*:
2.1.3.6	Prov.*:
2.1.3.7	Telefono*: ()
2.1.3.8	Fax: ()
2.1.3.9	E-mail:
2.1.3.10	Ruolo all'interno del servizio/intervento*:

2.2	ALTRA SEDE/PRESIDIO <i>I dati della presente sezione debbono essere forniti per tutte le eventuali altre sedi del servizio</i>
2.2.1	Denominazione della sede del centro/servizio/intervento (per esteso):
2.2.2	Indirizzo:
2.2.2.1	CAP:
2.2.2.2	Città:
2.2.2.3	Prov.:
2.2.2.4	Telefono: ()
2.2.2.5	Fax: ()
2.2.2.6	E-mail:
2.2.2.7	Sito web:
2.2.3	Estremi della persona referente del servizio o dell'intervento
2.2.3.1	Cognome:
2.2.3.2	Nome:
2.2.3.3	Indirizzo:
2.2.3.4	CAP:
2.2.3.5	Città:
2.2.3.6	Prov.:
2.2.3.7	Telefono: ()
2.2.3.8	Fax: ()
2.2.3.9	E-mail:
2.2.3.10	Ruolo all'interno del servizio/intervento:
2.2.4.	Informazioni aggiuntive sulla sede periferica

*Aggiungere altre sezioni 2.2., se necessario e numerando la pagina in progressione

4/...

3. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO/INTERVENTO

3.	TIPOLOGIA DI SERVIZIO* (una sola risposta)
	Servizi ed interventi generali
1.1	<input type="checkbox"/> Segretariato sociale
1.2	<input type="checkbox"/> Servizio sociale professionale
1.3	<input type="checkbox"/> Servizio di sostegno economico
1.4	<input type="checkbox"/> Pronto intervento sociale
1.99	<input type="checkbox"/> Altri servizi/interventi sociali generali
	Servizi per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia
2.1	<input type="checkbox"/> Nido d'infanzia
2.2	<input type="checkbox"/> Servizio educativo integrativo per la prima infanzia
2.3	<input type="checkbox"/> Centro diurno per minori
2.4	<input type="checkbox"/> Servizio/intervento di sostegno alla famiglia e alla genitorialità
2.5	<input type="checkbox"/> Servizio socio-psico-educativo per l'infanzia e l'adolescenza
2.6	<input type="checkbox"/> Servizio di vacanza per minori
2.7	<input type="checkbox"/> Comunità di tipo familiare
2.8	<input type="checkbox"/> Comunità educativa
2.9	<input type="checkbox"/> Istituto educativo-assistenziale
2.10	<input type="checkbox"/> Altra struttura residenziale per minori
2.11	<input type="checkbox"/> Servizio per l'affidamento familiare
2.12	<input type="checkbox"/> Servizio per l'adozione nazionale ed internazionale
2.13	<input type="checkbox"/> Consultorio familiare
2.14	<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare socio-educativa per minori
2.15	<input type="checkbox"/> Intervento territoriale e comunitario per minori
2.16	<input type="checkbox"/> Rette per prestazioni residenziali minori
2.99	<input type="checkbox"/> Altri servizi/interventi sociali per minori
	Servizi per disabili
3.1	<input type="checkbox"/> Centro diurno per disabili
3.2	<input type="checkbox"/> Centro residenziale per disabili
3.3	<input type="checkbox"/> Comunità di tipo familiare per disabili
3.4	<input type="checkbox"/> Servizio di assistenza scolastica per disabili
3.5	<input type="checkbox"/> Servizio di trasporto per disabili
3.6	<input type="checkbox"/> Servizio di inserimento lavorativo e sociale per disabili
3.7	<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare per disabili
3.9	<input type="checkbox"/> Servizio di aiuto personale per disabili
3.99	<input type="checkbox"/> Altri servizi/interventi territoriali e comunitari per disabili
	Servizi per anziani
4.1	<input type="checkbox"/> Centro diurno per anziani
4.2	<input type="checkbox"/> Residenza sanitaria assistenziale (RSA) per anziani
4.3	<input type="checkbox"/> Casa di riposo per anziani
4.4	<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare per anziani
4.5	<input type="checkbox"/> Soggiorni di vacanza e cura per anziani
4.6	<input type="checkbox"/> Servizio di teleassistenza e telesoccorso
4.7	<input type="checkbox"/> Rette per prestazioni residenziali anziani
4.99	<input type="checkbox"/> Altri servizi/interventi territoriali e comunitari per anziani
	Servizi per immigrati, senza fissa dimora, persone in situazione di povertà
5.1	<input type="checkbox"/> Servizio di assistenza e accompagnamento per immigrati e SFD
5.2	<input type="checkbox"/> Centro residenziale di accoglienza per immigrati e SFD
5.3	<input type="checkbox"/> Servizio di mensa per immigrati e SFD
5.99	<input type="checkbox"/> Altri servizi/interventi territoriali e comunitari per immigrati e SFD
	Altro servizio (specificare):
99.99	<input type="checkbox"/>

3.2.	Settore del servizio* (<i>una sola risposta</i>)
3.2.1.	<input type="checkbox"/> Sociale e/o educativo
3.2.2.	<input type="checkbox"/> Sanitario
3.2.3.	<input type="checkbox"/> Integrato socio-sanitario
3.2.4.	<input type="checkbox"/> Altro

3.3.	Ambito di programmazione del servizio* (<i>una sola risposta</i>)
3.3.1.	<input type="checkbox"/> Piano di zona dei servizi sociali
3.3.2.	<input type="checkbox"/> Piano sanitario regionale
3.3.3.	<input type="checkbox"/> Piano regionale per la famiglia (L.R. 95/95)
3.3.4.	<input type="checkbox"/> Piano territoriale per l'infanzia e l'adolescenza (L. 285/97)
3.3.5.	<input type="checkbox"/> Piano territoriale per l'immigrazione (Dlgs. 286/98)
3.3.6.	<input type="checkbox"/> Attività sociale gestita in forma singola (ex consolidata)
3.3.7.	<input type="checkbox"/> Altro

3.4	Descrizione analitica delle prestazioni offerte*
------------	---

3.5	Modalità di accesso al servizio/intervento*
------------	--

3.6	Caratteristiche strutturali ed attrezzature*
------------	---

3.7	Copertura territoriale per comuni*
------------	---

3.8.	Rete di collaborazione* (<i>una o più risposte</i>)
3.8.1.	<input type="checkbox"/> Azienda Unità Sanitaria Locale
3.8.2.	<input type="checkbox"/> Servizi sociali comunali
3.8.3.	<input type="checkbox"/> Istituzioni scolastiche
3.8.4.	<input type="checkbox"/> Associazioni di volontariato ed enti no-profit
3.8.5.	<input type="checkbox"/> Parrocchie
3.8.6.	<input type="checkbox"/> Forze dell'ordine e Autorità giudiziaria
3.9.	Modalità di rapporto con l'ente pubblico* (<i>solo per i servizi gestiti da privati; una o più risposte</i>)
3.9.1.	<input type="checkbox"/> Autorizzazione (ai sensi di normative regionali e nazionali)
3.9.2.	<input type="checkbox"/> Accreditamento
3.9.3.	<input type="checkbox"/> Convenzionamento
3.9.4.	<input type="checkbox"/> Nessun rapporto con l'ente pubblico
3.9.5.	<input type="checkbox"/> Altro

4. DATI RELATIVI ALL'UTENZA

4.	TIPOLOGIA DELL'UTENZA BENEFICIARIA DEL SERVIZIO* <i>(sono ammesse più risposte ma su una sola CATEGORIA)</i>	
4.1	Categoria "MINORI"	Numero utenti
1	Minori in generale	
2	Minori a rischio di devianza	
3	Minori abusati	
4	Minori nomadi e immigrati	
	Categoria "DISABILI"	Numero utenti
5	Disabili certificati (art. 3, co. 1, L. 104/92)	
6	Disabili certificati in situazione di gravità (art. 3, co. 3, L. 104/92)	
	Categoria "ANZIANI"	Numero utenti
7	Anziani autosufficienti	
8	Anziani non autosufficienti	
	Categoria "ALTRE TIPOLOGIE"	Numero utenti
9	Adulti in generale	
10	Adulti immigrati	
11	Donne in difficoltà	
12	Giovani (18-29 anni)	
13	Persone in situazione di povertà estrema	
14	Persone senza fissa dimora	
15	Tossicodipendenti ed ex-tossicodipendenti/Alcolisti	
16	Carcerati ed ex-carcerati	
17	Prostituite	
4.2	TOTALE GENERALE UTENTI	
4.2.1.	TOTALE TIPOLOGIE UTENTI*	

4.3.	ETA' DELL'UTENZA BENEFICIARIA DEL SERVIZIO <i>(sono ammesse più risposte e per più gruppi)</i>	
4.3.	FASCE DI ETA' DELL'UTENZA BENEFICIARIA*	Numero utenti
4.3.1	0-2 anni	
4.3.2	3-5 anni	
4.3.3	6-10 anni	
4.3.4	11-14 anni	
4.3.5	15-17 anni	
4.3.6	18-29 anni	
4.3.7	30-59 anni	
4.3.8	60-64 anni	
4.3.9	65-74 anni	
4.3.10	75 anni in su	
4.3.11	TOTALE FASCE DI ETA'*	
	=riporto totale 4.2.1. (il totale deve coincidere)*	
4.4.	UTENTI IN LISTA DI ATTESA*	N. utenti in lista di attesa
4.4.1	Utenti in lista di attesa per l'erogazione del servizio al 31.12	
4.5	Categoria trasversale "FAMIGLIE E SEGRETARIATO"	Numero famiglie
4.5.1	Famiglie in generale	
4.5.2	Famiglie mono-parentali	
4.5.3	Famiglie in crisi o separate	
4.5.4	Utenti del Segretariato sociale	
4.6.	Eventuali altri target specifici di utenza (specificare)	

5. DATI SUL PERSONALE

5.0.	FIGURE PROFESSIONALI*			
		<i>Convenzionato 1</i>	<i>Dipendente 2</i>	<i>Volontario 3</i>
5.1.	Assistente sociale			
5.2.	Psicologo			
5.3.	Educatore-pedagogista			
5.4.	Sociologo			
5.5.	Personale amministrativo			
5.6.	Altro			
5.7.	Altre informazioni sul personale			

6. DIMENSIONI ECONOMICHE DEL SERVIZIO

6.0.	DATI ECONOMICI SUL SERVIZIO	
6.1.	USCITE*	Totale in EURO
6.1	TOTALE SPESE per la gestione annuale del servizio*	,
6.2.	ENTRATE*	Totale in EURO
6.2.1	Fondi propri dell'ente titolare/gestore	,
6.2.2	Fondi regionali	,
6.2.3	Compartecipazione utenza	,
6.2.4	Altri fondi pubblici	,
6.2.5	Altri fondi privati	,
6.2.6	TOTALE ENTRATE per la copertura della spesa*	,
N.B.	IL TOTALE DI 6.2.6. DEVE COINCIDERE CON IL TOTALE DI 6.1.*	,
6.3	Altre informazioni	

7. INFORMAZIONI SULLA RILEVAZIONE

7.1.	Estremi della persona referente che ha fornito le informazioni*
7.1.1.	Cognome*:
7.1.2.	Nome*:
7.1.3.	Indirizzo*:
7.1.4.	CAP*:
7.1.5.	Città*:
7.1.6.	Prov.*:
7.1.7.	Telefono*: ()
7.1.8.	Fax: ()
7.1.9.	E-mail:
7.1.10.	Ruolo all'interno del servizio/intervento*:

Codice referente ambito:			
--------------------------	--	--	--

Codice rilevatore prov.*:			
---------------------------	--	--	--

Data di compilazione/aggiornamento*:						
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--