



# INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI DELLE AMMINISTRAZIONI PROVINCIALI - ANNO 2003

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI: \_\_\_\_\_

Codice (riservato Istat): |\_|\_|\_|

## QUADRO I - INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI EROGATI DIRETTAMENTE ED INDIRETTAMENTE DALLA PROVINCIA

**DOMANDA 1: Quali dei seguenti interventi e servizi sono stati erogati dall'Amministrazione provinciale nel corso del 2003? Specificare la spesa e il corrispondente numero di utenti.**

### *AREA 1: Interventi e servizi sociali per L'INFANZIA E LA MATERNITA'*

**TIPO DI INTERVENTO:**

- 1.1 Ricoveri in strutture residenziali socio-assistenziali
- 1.2 Assistenza diurna presso strutture socio-sanitarie
- 1.3 Assistenza domiciliare a minori
- 1.4 Servizi di accompagnamento e trasporto
- 1.5 Assistenza scolastica integrativa
- 1.6 Trasferimenti a famiglie affidatarie
- 1.7 Trasferimenti a famiglie con minori o a gestanti madri
- 1.8 Altri trasferimenti<sup>(1)</sup>
- 1.9 Altri servizi per l'infanzia

(Specificare) .....

**TOTALE AREA 1**

	EROGATO DIRETTAMENTE			ASSISTITI			SPESA	EROGATO INDIRETTAMENTE			ASSISTITI			SPESA
	NEL 2003?		TOTALE	di cui femmine		(in Euro)		NEL 2003?		TOTALE	di cui femmine		(in Euro)	
1.1 Ricoveri in strutture residenziali socio-assistenziali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.  _ _ _	N.  _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ /00		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.  _ _ _	N.  _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ /00			
1.2 Assistenza diurna presso strutture socio-sanitarie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.  _ _ _	N.  _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ /00		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.  _ _ _	N.  _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ /00			
1.3 Assistenza domiciliare a minori	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.  _ _ _	N.  _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ /00		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.  _ _ _	N.  _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ /00			
1.4 Servizi di accompagnamento e trasporto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.  _ _ _	N.  _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ /00		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.  _ _ _	N.  _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ /00			
1.5 Assistenza scolastica integrativa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.  _ _ _	N.  _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ /00		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.  _ _ _	N.  _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ /00			
1.6 Trasferimenti a famiglie affidatarie							SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.  _ _ _	N.  _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ /00			
1.7 Trasferimenti a famiglie con minori o a gestanti madri							SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.  _ _ _	N.  _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ /00			
1.8 Altri trasferimenti <sup>(1)</sup>							SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.  _ _ _	N.  _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ /00			
1.9 Altri servizi per l'infanzia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.  _ _ _	N.  _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ /00		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.  _ _ _	N.  _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ /00			
<b>TOTALE AREA 1</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.  _ _ _	N.  _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ /00		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.  _ _ _	N.  _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ /00			

<sup>(1)</sup>Comprendere in questa voce i trasferimenti erogati dalla Provincia ad enti ed organismi per attività generali di assistenza all'infanzia.

**AREA 2: Interventi e servizi sociali per I DISABILI (compresi i non vedenti e i non udenti)**

**TIPO DI INTERVENTO:**

- 2.1 Ricoveri in strutture residenziali socio-assistenziali
- 2.2 Assistenza socio-sanitaria in strutture diurne
- 2.3 Assistenza domiciliare a disabili
- 2.4 Servizi di accompagnamento e trasporto
- 2.5 Servizi per la formazione e l'inserimento professionale
- 2.6 Trasferimenti a disabili
- 2.7 Altri trasferimenti<sup>(2)</sup>
- 2.8 Altri servizi per disabili  
(Specificare) .....

**TOTALE AREA 2**

EROGATO DIRETTAMENTE		ASSISTITI		SPESA (in Euro)	EROGATO INDIRETTAMENTE		ASSISTITI		SPESA (in Euro)
		TOTALE	di cui femmine				TOTALE	di cui femmine	
NEL 2003?					NEL 2003?				
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00
<b>SI <input type="checkbox"/></b>	<b>NO <input type="checkbox"/></b>	<b>N. _____</b>	<b>N. _____</b>	<b>_____/00</b>	<b>SI <input type="checkbox"/></b>	<b>NO <input type="checkbox"/></b>	<b>N. _____</b>	<b>N. _____</b>	<b>_____/00</b>

<sup>(2)</sup>Comprendere in questa voce i trasferimenti erogati dalla Provincia ad enti ed organismi per attività generali di assistenza ai disabili.

**AREA 3: Interventi e servizi sociali per GLI ANZIANI**

**TIPO DI INTERVENTO:**

- 3.1 Ricoveri in strutture residenziali
- 3.2 Assistenza socio-sanitaria in strutture diurne
- 3.3 Assistenza domiciliare agli anziani
- 3.4 Servizi di accompagnamento e trasporto
- 3.5 Trasferimenti ad anziani singoli o in famiglia
- 3.6 Altri trasferimenti<sup>(3)</sup>
- 3.7 Altri servizi per gli anziani  
(Specificare) .....

**TOTALE AREA 3**

EROGATO DIRETTAMENTE		ASSISTITI		SPESA (in Euro)	EROGATO INDIRETTAMENTE		ASSISTITI		SPESA (in Euro)
		TOTALE	di cui femmine				TOTALE	di cui femmine	
NEL 2003?					NEL 2003?				
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N. _____	N. _____	_____/00
<b>SI <input type="checkbox"/></b>	<b>NO <input type="checkbox"/></b>	<b>N. _____</b>	<b>N. _____</b>	<b>_____/00</b>	<b>SI <input type="checkbox"/></b>	<b>NO <input type="checkbox"/></b>	<b>N. _____</b>	<b>N. _____</b>	<b>_____/00</b>

<sup>(3)</sup>Comprendere in questa voce i trasferimenti erogati dalla Provincia ad enti ed organismi per attività generali di assistenza agli anziani.

**AREA 4: Interventi e servizi sociali per GLI IMMIGRATI E I NOMADI**

TIPO DI INTERVENTO:	EROGATO DIRETTAMENTE			ASSISTITI		SPESA	EROGATO INDIRETTAMENTE			ASSISTITI		SPESA
	NEL 2003?	TOTALE	di cui femmine			(in Euro)	NEL 2003?	TOTALE	di cui femmine			(in Euro)
4.1 Accoglienza in strutture residenziali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00
4.2 Assistenza socio-sanitaria in strutture diurne	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00
4.3 Orientamento e consulenza	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00
4.4 Servizi di accompagnamento e trasporto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00
4.5 Servizi per la formazione e l'inserimento professionale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00
4.6 Trasferimenti a immigrati e nomadi							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00
4.7 Altri trasferimenti <sup>(4)</sup>							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00
4.8 Altri servizi per immigrati e nomadi (Specificare) .....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00
<b>TOTALE AREA 4</b>	<b>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b>	<b>N.  ____ </b>	<b>N.  ____ </b>			<b> ____ /00</b>	<b>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b>	<b>N.  ____ </b>	<b>N.  ____ </b>			<b> ____ /00</b>

<sup>(4)</sup>Comprendere in questa voce i trasferimenti erogati dalla Provincia ad enti ed organismi per attività generali di assistenza a immigrati o nomadi.

**AREA 5: Interventi e servizi sociali di CONTRASTO ALLA POVERTA' E ALL'ESCLUSIONE SOCIALE**

TIPO DI INTERVENTO:	EROGATO DIRETTAMENTE			ASSISTITI		SPESA	EROGATO INDIRETTAMENTE			ASSISTITI		SPESA
	NEL 2003?	TOTALE	di cui femmine			(in Euro)	NEL 2003?	TOTALE	di cui femmine			(in Euro)
5.1 Accoglienza in strutture residenziali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00
5.2 Assistenza socio-sanitaria in strutture diurne	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00
5.3 Orientamento e consulenza	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00
5.4 Servizio mensa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00
5.5 Servizi per la formazione e l'inserimento professionale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00
5.6 Trasferimenti a poveri							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00
5.7 Altri trasferimenti <sup>(5)</sup>							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00
5.8 Altri servizi per poveri e/o senza fissa dimora (Specificare) .....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N.  ____	N.  ____			____ /00
<b>TOTALE AREA 5</b>	<b>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b>	<b>N.  ____ </b>	<b>N.  ____ </b>			<b> ____ /00</b>	<b>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b>	<b>N.  ____ </b>	<b>N.  ____ </b>			<b> ____ /00</b>

<sup>(5)</sup>Comprendere in questa voce i trasferimenti erogati dalla Provincia ad enti ed organismi per attività generali di contrasto alla povertà ed all'esclusione sociale.

**DOMANDA 2 - Per le attività erogate indirettamente indicare la spesa impegnata per il 2003, secondo la tipologia del soggetto che riceve il trasferimento finalizzato all'intervento assistenziale.**

	SPESA (in Euro)						
	Altre province	Comuni	Associazioni di comuni, consorzi di comuni o comunità montane	Aziende sanitarie locali ed Aziende ospedaliere	Cooperative, associazioni e altri organismi privati	Famiglie	Totale <sup>(6)</sup>
1 Per interventi e servizi sociali per l'infanzia e la maternità - Area 1	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00
2 Per interventi e servizi sociali per i disabili - Area 2	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00
3 Per interventi e servizi sociali per gli anziani - Area 3	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00
4 Per interventi e servizi sociali per gli immigrati ed i nomadi - Area 4	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00
5 Per interventi e servizi sociali di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale - Area 5	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00
6 Per altre attività in campo-socio-assistenziale (Specificare) .....	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00
<b>TOTALE TRASFERIMENTI</b>	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00	_____/00

<sup>(6)</sup> Per ciascuna area gli importi totali devono corrispondere a quelli indiretti indicati nella domanda 1.

**QUADRO II - ATTIVITA' DI RICERCA E COORDINAMENTO SVOLTE DIRETTAMENTE DALLA PROVINCIA IN CAMPO SOCIO-ASSISTENZIALE**

**Domanda 1: Indicare la spesa impegnata nell'anno 2003 per le seguenti attività (7).**

	SVOLTA	SPESA
	NEL 2003?	(in Euro)
1 Programmazione, coordinamento e realizzazione di progetti <sup>(8)</sup>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____/00
2 Raccolta di dati e valutazione di progetti assistenziali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____/00
3 Raccolta di dati sui bisogni assistenziali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____/00
4 Altre attività (Specificare) .....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____/00

<sup>(7)</sup> Per le attività per le quali non è stata impegnata alcuna spesa aggiuntiva oltre a quella per il personale della provincia, barrare soltanto la casella 'SI'

<sup>(8)</sup> Inclusi i programmi di formazione professionale per gli operatori sociali.

**DATI DEL RISPONDENTE**

Nome \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

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

**QUADRO III - ENTRATE**

**Per l'assistenza sociale erogata nell'anno 2003 indicare i rimborsi e i contributi ricevuti secondo la provenienza.**

	(in Euro)
1 Regioni .....	_____/00
2 Altre province .....	_____/00
3 Comuni .....	_____/00
4 Altri enti pubblici .....	_____/00
5 Organismi privati e famiglie .....	_____/00
6 Fondi propri dell'Amministrazione .....	_____/00
<b>TOTALE ENTRATE</b> .....	_____/00