RegioneLombardia

**D.G. WELFARE**

**SCHEDA STRUTTURA UNITÀ D'OFFERTA SOCIO SANITARIE 2024**
**RELATIVA ALL'ANNO 2023**

# INDICE


**ANAGRAFICA STRUTTURA**

**SEZIONE DEL PERSONALE CHE DETERMINA LO STANDARD**

**SEZIONE PERSONALE CHE E' ESCLUSO DALLO STANDARD**

**PROVENTI DA RETTA E GIORNATE**

**DATI ECONOMICI RICAVI/ENTRATE**

**DATI ECONOMICI COSTI/SPESE**

**INDICATORI**

RegioneLombardia

## D.G. WELFARE

# SCHEDA STRUTTURA UNITÀ D'OFFERTA SOCIO SANITARIE 2024
# RELATIVA ALL'ANNO 2023

## ANAGRAFICA STRUTTURA

**Periodo di Rendicontazione**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Anno di rendicontazione | 2023 | Da | 01/01/2023 | A | 31/12/2023 |

**Unità d'offerta**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Tipologia unità d'offerta | TOX | | | | |
| Denominazione | IL GABBIANO OLGINATE | | | | |
| Indirizzo | VIA MAESTRO MARIO BAROZZI, 12 | | | | |
| Comune | OLGINATE | | | CAP | 23854 |
| Telefono | 347 2548451 | Email | OLGINATECALOLZIO@GABBIANOONLUS.IT | | |
| Codice CUDES | 005442 | Codice ATS | 324 | | |
| Codice ASST | 030715 - ASST DI LECCO | | | | |

**Gestore**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Codice Ente | 111724 | Codice fiscale | 07124640157 |
| Denominazione | ASSOCIAZIONE COMUNITA' IL GABBIANO ODV | | |

**Sede attività**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Titolarità dell'immobile sede dell'attività | in locazione | Altro | |
| Proprietario dell'immobile (solo se diverso dal gestore) | privato | | |
| La struttura sede dell'attività è stata realizzata con finanziamenti statali o regionali? | | | |
| Descrizione tipo di finanziamento statale/regionale | | | |
| Nella udo vengono erogati altri servizi/interventi non tradizionali? | NO | Se sì quali : | |

- ☐ RSA aperta
- ☐ Residenzialità assistita
- ☐ Sperimentazione — Specificare
- ☐ Altre misure — Specificare

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gestione in concessione comunale? | NO | Scadenza concessione | |

**Calendario Attività 2023**

**Calendario tipico della settimana (ore di apertura)**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Lunedì | 2 | 4 | Martedì | 2 | 4 | Mercoledì | 2 | 4 | Giovedì | 2 | 4 | Venerdì | 2 | 4 | Sabato | 2 | 4 | Domenica | 2 | 4 |

**Chiusure**

| Da | A | + |
|---|---|---|
| | | - |

| | | |
|---|---|---|
| Numero giorni di effettiva apertura nel periodo rendicontato | 365 | CALCOLA |
| Numero giorni di chiusura | 0 | |

**Caratteristiche Organizzative Personale Sanitario**

| | |
|---|---|
| Presenza infermiere H 24 | |
| Numero infermieri presenti di notte | |
| Numero ore totali di presenza infermieri di notte | |
| Presenza medico H 24 | |
| Numero medici presenti di notte | |

**Palliative – Attività BCP**

| | |
|---|---|
| Numero totale consulenze intraospedaliere | |
| Numero totale assistiti | |

**SEZIONE RIEPILOGATIVA DEL PERSONALE CHE DETERMINA LO STANDARD**

CALCOLA TABELLA

| | Medici | Infermieri | Addetti all'ospite (ASA, OTA, OSS) | Professioni sanitarie della riabilitazione | Educatori professionali | Altri operatori specializzati | Totali |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nr. persone | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 |
| Nr. ore | 0 | 0 | 544 | 181 | 1.530 | 20 | 2.275 |
| di cui straordinari | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| N. ore tot. in altri servizi/ interventi non tradizionali | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

## PROVENTI DA RETTA E GIORNATE

**Utenza su posti ordinari a contratto (al netto utenti extra)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Proventi da rette per posti ordinari a contratto (Al netto di IVA) | € 0,00 | IVA | € 0,00 |
| Proventi per oneri aggiuntivi alle rette per posti ordinari a contratto (Al netto di IVA) | | IVA | |

| | |
|---|---|
| Totale giornate erogate per posti ordinari a contratto | 2.508 |
| Importo retta media ponderata posti ordinari a contratto (iva inclusa) | € 0,00 |

**Utenza nuclei Alzheimer**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Proventi da rette per posti in Nuclei Alzheimer riconosciuti (Al netto di IVA) | | IVA | |
| Proventi per oneri aggiuntivi alle rette per posti in Nuclei Alzheimer (Al netto di IVA) | | IVA | |

| | |
|---|---|
| Totale giornate erogate per posti in Nuclei Alzheimer | 0 |
| Importo retta media ponderata posti in Nuclei Alzheimer (iva inclusa) | |

**Utenza ex dgr 5000**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Proventi da rette per utenti ex D.G.R. n. 5000/2007 (Al netto di IVA) | | IVA | |
| Proventi per oneri aggiuntivi alle rette per utenti ex D.G.R. n. 5000/2007 (Al netto di IVA) | | IVA | |

| | |
|---|---|
| Totale giornate erogate per utenti ex D.G.R. n. 5000/2007 | 0 |
| Importo retta media ponderata utenti ex D.G.R. n. 5000/2007 (iva inclusa) | |

**Utenza solvente**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Proventi da rette per utenti solventi (Al netto di IVA) | | IVA | |
| Proventi per oneri aggiuntivi alle rette per utenti solventi (Al netto di IVA) | | IVA | |

| | |
|---|---|
| Totale giornate erogate per utenti solventi | |
| Importo retta media ponderata utenti solventi (iva inclusa) | |

**Utenza a totale carico del FSR (SV - SLA - ex OP)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Totale proventi extraretta (Al netto di IVA) | | IVA | |

| | |
|---|---|
| Totale giornate erogate a utenza a totale carico | 0 |

**Minori gravissimi disabili**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Proventi da rette per ospiti minori gravissimi disabili (Al netto di IVA) | | IVA | |
| Proventi per oneri aggiuntivi alle rette per ospiti minori gravissimi disabili (Al netto di IVA) | | IVA | |

| | |
|---|---|
| Totale giornate erogate per ospiti minori gravissimi disabili | 0 |
| Importo retta media ponderata ospiti minori gravissimi disabili (iva inclusa) | |

**Totale giornate** 2.508 **Totale proventi da rette** € 0,00

| **PROVENTI PER TIPOLOGIA DI SOGGETTO PAGANTE (AL NETTO DI IVA)** | TOTALE | Utenti e familiari | Comuni | Enti pubblici diversi dai comuni | Enti privati |
|---|---|---|---|---|---|
| Proventi netti da retta (utenti su posti a contratto) | € 0,00 | € 0,00 | € 0,00 | € 0,00 | € 0,00 |
| Proventi netti per oneri aggiuntivi alla retta (utenti su posti a contratto) | € 0,00 | € 0,00 | € 0,00 | € 0,00 | € 0,00 |
| Proventi netti da retta ed oneri aggiuntivi utenti solventi) | € 0,00 | € 0,00 | € 0,00 | € 0,00 | € 0,00 |

## DATI ECONOMICI RICAVI/ENTRATE

| ENTRATE DA FINANZIAMENTO FSR | Valore |
|---|---|
| Tariffa base da FSR | € 80.005,20 |
| Remunerazione FSR per l'utenza non tipica | € 0,00 |
| Altri ricavi da FSR (compresi i ristori) | € 0,00 |
| Entrate da Ticket | € 0,00 |
| **Totale finanziamenti da FSR e TICKET** | € 80.005,20 |

| ENTRATE DA RETTE | |
|---|---|
| Proventi netti da retta (utenti su posti a contratto) | € 0,00 |
| Proventi netti per oneri aggiuntivi alla retta (utenti su posti a contratto) | € 0,00 |
| Proventi netti da retta ed oneri aggiuntivi (utenti solventi) | € 0,00 |
| **Totale ricavi da rette ed oneri aggiuntivi degli utenti** | € 0,00 |

| **Ricavi da finanziamenti e rette** | € 80.005,20 |
|---|---|

| ENTRATE DA ALTRI RICAVI E PROVENTI | |
|---|---|
| Altri contributi pubblici e privati | |
| Contributi ripiano deficit | |
| Lasciti, donazioni, oblazioni e liberalità di terzi | € 12.000,00 |
| Sopravvivenze attive e Plusvalenze straordinarie | |
| Ricavi altri servizi | |
| **Altri ricavi e proventi** | € 12.000,00 |

| **TOTALE RICAVI / ENTRATE** | € 92.005,20 |
|---|---|

## DATI ECONOMICI COSTI/SPESE

| Costi/Spese | Attività core | Ore da foglio personale | Costi orari | Servizio esternalizzato | Note per la compilazione: driver di allocazione in caso di costo condiviso tra unità d'offerta |
|---|---|---|---|---|---|
| Medici | | 0 | | | Ore lavorate |
| Infermieri | | 0 | | | Ore lavorate |
| Addetti all'ospite (ASA, OTA, OSS) | € 9.737,60 | 544 | 17,9 | NO | Ore lavorate |
| Professioni sanitarie della riabilitazione | € 8.570,35 | 181 | 47,35 | NO | Ore lavorate |
| Educatori professionali | € 32.248,60 | 1.530 | 21,08 | NO | Ore lavorate |
| Altri operatori specializzati | € 1.000,00 | 20 | 50 | SI | Ore lavorate |
| **TOTALE COSTO PERSONALE ADDETTO ALL'ASSISTENZA** | € 51.556,55 | | | | |
| Farmaci e gas medicinali | € 70,00 | | | | Giornate erogate |
| Presidi sanitari per incontinenza | | | | | Giornate erogate |
| Altri beni sanitari | | | | | Giornate erogate |
| Prestazioni specialistiche | | | | | Giornate erogate |
| Ausili e protesi | | | | | Giornate erogate |
| Alimentazione parenterale | | | | | Giornate erogate |
| Alimentazione enterale | | | | | Giornate erogate |
| **TOTALE COSTI CONSUMI BENI E SERVIZI SANITARI** | € 70,00 | | | | |
| **TOTALE COSTI ATTIVITA' SANITARIA** | € 51.626,55 | | | | |
| Ristorazione | € 11.787,60 | | | NO | Giornate alimentari |
| Lavanderia | | | | | Giornate erogate |
| Pulizia | € 391,00 | | | NO | Metri quadri |
| Trasporto ospiti | € 95,00 | | | NO | Giornate erogate |
| Altri servizi alberghieri attività core | | | | | Giornate erogate |
| **TOTALE COSTI ATTIVITA' ALBERGHIERA(NON SANITARIA)** | € 12.273,60 | | | | |
| Personale non a standard | | | | | Fatturato |
| Costi organi istituzionali e/o costi gestione ente gestore | € 1.500,00 | | | | Fatturato |
| Manutenzione ordinaria | € 1.906,00 | | | | Metri quadri |

| Costi/Spese | Attività core | Ore da foglio personale | Costi orari | Servizio esternalizzato | Note per la compilazione: driver di allocazione in caso di costo condiviso tra unità d'offerta |
|---|---|---|---|---|---|
| Utenze | € 5.442,00 | | | | Metri quadri |
| Affitti passivi | € 15.000,00 | | | | Metri quadri |
| Ammortamento dell'immobile | | | | | Metri quadri |
| Ammortamento per interventi di manutenzione straordinaria | | | | | Metri quadri |
| Ammortamenti ristorazione, lavanderia e pulizia | € 250,00 | | | | Vedi nota di compilazione |
| Altri ammortamenti | | | | | Fatturato |
| Assicurazioni obbligatorie | € 226,00 | | | | Fatturato |
| Assicurazione accessorie | | | | | Fatturato |
| Beni non sanitari e piccole attrezzature (es. cancelleria, lenzuola, divise, ecc...) | € 150,00 | | | | Vedi nota di compilazione |
| Consulenze, assistenze e servizi | € 2.000,00 | | | | Vedi nota di compilazione |
| Costi della sicurezza | € 200,00 | | | | Fatturato |
| Altri servizi appaltati | | | | | Fatturato |
| Imposte dell'esercizio | | | | | Fatturato |
| Oneri straordinari | | | | | Fatturato |
| Altri costi precedentemente non imputati/Oneri di gestione | € 300,00 | | | | Fatturato |
| Ammortamenti attrezzature sanitarie | | | | | Vedi nota di compilazione |
| Formazione del personale | € 200,00 | | | | Vedi nota di compilazione |
| Interessi passivi | | | | | Fatturato |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **TOTALE COSTI ATTIVITA' DI SUPPORTO (MISTA)** | € 27.174,00 | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **TOTALE COSTI** | € 91.074,15 | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **RISULTATO DI GESTIONE** | € 931,05 | | | | |

## INDICATORI

| | |
|---|---|
| Costo per giornata | € 36,31 |
| Standard medio per giornata (minuti) | 54,43 |