

SALUTE E TERRITORIO SOC. COOP. SOC.

BILANCIO SOCIALE 2023

ESERCIZIO 2022

BILANCIO SOCIALE 2023 – Esercizio 2022

1) PREMESSA

La Legge 106/2016 «Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale» ha assoggettato gli Enti del Terzo Settore ad «obblighi di trasparenza e di informazione, anche verso i terzi, attraverso forme di pubblicità dei bilanci e degli altri atti fondamentali dell'ente».

In tal senso, il D. Lgs. 112/17 "Revisione della disciplina in materia di impresa sociale, a norma dell'art. 2, comma 2, lettera c) della legge 6 giugno 2016, n. 106» prevede all'art. 9, comma 2 che le imprese sociali, ivi comprese le cooperative sociali e i loro consorzi, depositino presso il registro delle imprese e pubblicino nel proprio sito internet «il bilancio sociale redatto secondo linee guida adottate con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali. Tali Linee Guida, adottate con il DM del 4 Luglio 2019 ribadiscono l'obbligo, a partire dall'esercizio 2020, di redazione, deposito e pubblicazione cd. "bilancio sociale", per le imprese sociali, incluse le cooperative sociali (imprese sociali di diritto).

Riprendendo quanto riportato al §2 delle suddette Linee Guida, il bilancio sociale può essere definito come uno «strumento di rendicontazione delle responsabilità, dei comportamenti e dei risultati sociali, ambientali ed economici delle attività svolte da un'organizzazione. Ciò al fine di offrire un'informativa strutturata e puntuale a tutti i soggetti interessati non ottenibile a mezzo della sola informazione economica contenuta nel bilancio di esercizio».

La locuzione «rendicontazione delle responsabilità dei comportamenti e dei risultati sociali ambientali ed economici» può essere sintetizzata utilizzando il termine anglosassone di «*Accountability*». Tale termine comprende e presuppone oltre ai concetti di responsabilità quelli di «trasparenza» e «compliance»; la prima intesa come accesso alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, fra cui gli indicatori gestionali e la predisposizione del bilancio e di strumenti di comunicazione volti a rendere visibili decisioni, attività e risultati. La seconda si riferisce al rispetto delle norme sia come garanzia della legittimità dell'azione sia come adeguamento dell'azione agli standard stabiliti da leggi, regolamenti, linee guida etiche o codici di condotta.

Da tale definizione derivano quantomeno un paio di implicazioni:

- la necessità di fornire informazioni ulteriori rispetto a quelle meramente economiche e finanziarie;
- la possibilità data ai soggetti interessati, attraverso il bilancio sociale, di facilitare la conoscenza rispetto al valore generato dall'organizzazione ed effettuare così delle comparazioni nel tempo dei risultati conseguiti.

In questo modo il bilancio sociale si propone di:

- fornire ai portatori di interesse (stakeholders) un quadro complessivo delle attività, della loro natura e dei risultati/effetti dell'organizzazione;
- aprire un processo interattivo di comunicazione sociale;
- favorire processi partecipativi interni ed esterni all'organizzazione;
- fornire informazioni utili sulla qualità delle attività dell'ente per ampliare e migliorare le conoscenze e le possibilità di valutazione e di scelta degli stakeholders;
- dare conto dell'identità e del sistema di valori di riferimento assunti dall'ente e della loro declinazione nelle scelte strategiche, nei comportamenti gestionali, nei loro risultati ed effetti;
- fornire informazioni sul bilanciamento tra le aspettative degli stakeholders e gli impegni assunti nei loro confronti;
- rendere conto del grado di adempimento degli impegni in questione;
- esporre gli obiettivi di miglioramento che l'ente si impegna a perseguire;
- fornire indicazioni sulle interazioni tra l'ente e l'ambiente nel quale esso opera;
- rappresentare il «valore aggiunto» generato dalle attività dell'organizzazione.

In quest'ottica le Linee Guida a cui il presente elaborato si conforma, stabiliscono che i principi di redazione del bilancio sociale devono necessariamente attenersi ai principi di:

- i. **Rilevanza:** nel bilancio sociale devono essere riportate solo le informazioni rilevanti per la comprensione della situazione e dell'andamento dell'ente e degli impatti economici, sociali e ambientali della sua attività, o che comunque potrebbero influenzare in modo sostanziale le valutazioni e le decisioni degli stakeholders; eventuali esclusioni o limitazioni delle attività rendicontate devono essere motivate;
- ii. **Completezza:** occorre identificare i principali stakeholders che influenzano e/o sono influenzati dall'organizzazione e inserire tutte le informazioni ritenute utili per consentire a tali stakeholders di valutare i risultati sociali, economici e ambientali dell'ente;
- iii. **Trasparenza:** occorre rendere chiaro il procedimento logico seguito per rilevare e classificare le informazioni;
- iv. **Neutralità:** le informazioni devono essere rappresentate in maniera imparziale, indipendente da interessi di parte e completa, riguardare gli aspetti sia positivi che negativi della gestione senza distorsioni volte al soddisfacimento dell'interesse degli amministratori o di una categoria di portatori di interesse;
- v. **Competenza di periodo:** le attività e i risultati sociali rendicontati devono essere quelle/i svoltesi / manifestatisi nell'anno di riferimento;

- vi. **Comparabilità:** l'esposizione deve rendere possibile il confronto sia temporale (cambiamenti nel tempo dello stesso ente) sia - per quanto possibile - spaziale (presenza di altre organizzazioni con caratteristiche simili o operanti nel medesimo/analogo settore e/o con medie di settore);
- vii. **Chiarezza:** le informazioni devono essere esposte in maniera chiara e comprensibile per il linguaggio usato, accessibile anche a lettori non esperti o privi di particolare competenza tecnica;
- viii. **Veridicità e verificabilità:** i dati riportati devono far riferimento alle fonti informative utilizzate;
- ix. **Attendibilità:** i dati positivi riportati devono essere forniti in maniera oggettiva e non sovrastimata; analogamente i dati negativi e i rischi connessi non devono essere sottostimati; gli effetti incerti non devono essere inoltre prematuramente documentati come certi;
- x. **Autonomia delle terze parti:** ove terze parti siano incaricate di trattare specifici aspetti del bilancio sociale ovvero di garantire la qualità del processo o formulare valutazioni o commenti, deve essere loro richiesta e garantita la più completa autonomia e indipendenza di giudizio. Valutazioni, giudizi e commenti di terze parti possono formare oggetto di apposito allegato.

1) NOTA METODOLOGICA

1.1) RIFERIMENTI TEORICI E METODOLOGICI

Il Bilancio Sociale di Salute e Territorio S.C.S. è stato redatto anche sulla base di alcuni presupposti teorici richiamati dalla cd. "Stakeholder Theory" (Teoria dei "Portatori di Interesse" – cfr. es: Freeman R. E. (1984), *Strategic Management. A Stakeholder Approach*, Boston, Pitman; Sacconi L. (2007), *Teorie etico-normative degli stakeholder: un esame critico e l'alternativa contrattualista*, in E. R. Freeman, G. Rusconi e M. Dorigatti (a cura di), *Teoria degli Stakeholder*, Milano, FrancoAngeli, pp. 337-380), la quale considera l'organizzazione come un sistema aperto che risponde ad una pluralità di soggetti, interni ed esterni, portatori di interessi verso l'organizzazione stessa, verso i quali ha il dovere di rispettare e perseguire le istanze.

Applicare tale approccio teorico (cd. *multi-stakeholder*) nel processo di rendicontazione sociale significa coinvolgere in qualche forma e grado i diversi portatori d'interesse dell'organizzazione, in primis di coloro che si collocano nella cerchia più interna (es: soci, lavoratori, volontari, ecc.), senza comunque tralasciare i soggetti esterni all'organizzazione.

Tale lavoro richiede innanzitutto uno sforzo di coloro che operano per l'organizzazione stessa e, non marginalmente, il coinvolgimento delle principali categorie di stakeholders. Un impegno che, in primo luogo, è inevitabilmente culturale in quanto implica una predisposizione a considerare il significato del proprio operare in una visione più ampia, volta a riconoscere l'importanza di restituire un'immagine collettiva dell'organizzazione in termini di risultati ed effetti raggiunti nei confronti dei beneficiari delle attività e, ove possibile, degli impatti generati presso la comunità di riferimento.

In secondo luogo, il processo di rendicontazione sociale ha inoltre il pregio di far acquisire maggior consapevolezza dei valori di fondo, degli obiettivi e delle modalità con cui questi sono quotidianamente tradotti in azioni concrete. Attraverso questa consapevolezza è infatti possibile orientare le decisioni e le scelte dell'organizzazione in modo tale che i risultati e gli effetti perseguiti siano coerenti con gli obiettivi e i valori condivisi e forieri di reale impatto nel contesto e nelle comunità di riferimento. In tal senso, la rendicontazione sociale riveste una valenza strategica in quanto possibile rappresentazione del valore aggiunto generato dalle attività dell'organizzazione, anche tramite l'integrazione di informazioni e dati di carattere quantitativo con altre di stampo qualitativo.

La necessità di tale approccio teorico, al fine di evitare una logica puramente burocratica ed adempitiva, trova conferma sulla base delle seguenti ulteriori considerazioni:

- un'attività di rendicontazione sociale non può non inserirsi nell'ambito di un sistema organico di valutazione della qualità dei servizi/prodotti offerti;

- la natura relazionale dei servizi alla persona e indirettamente alla comunità di riferimento richiede un sistema di valutazione finalizzato alla costruzione consensuale di un concetto di qualità multidimensionale e multistakeholder.

Definire quindi la qualità dei servizi/attività oggetto di rendicontazione si rivela un processo complesso chiamato a elaborare criteri di valutazione in grado di rappresentarne la natura multidimensionale mediante il necessario coinvolgimento dei diversi attori del sistema.

La consapevolezza della complessità di tale processo partecipativo e di coinvolgimento impone un approccio di graduale miglioramento continuo nei processi e strumenti di rendicontazione, accettando in tal senso che le prime versioni dei documenti di rendicontazione possano essere oggetto di miglioramento sia contenutistico che metodologico.

In tale processo di miglioramento dell'attività di rendicontazione sociale, sempre al fine di superare logiche puramente adempitive dell'ennesimo obbligo normativo, si evidenzia l'opportunità, se non la necessità, di un approccio integrato che sappia far convergere e valorizzare tutte le esperienze acquisite in tema di valutazione e rendicontazione: processi esistenti di redazione di bilancio sociale, processi di accreditamento e certificazione, ecc.

La consapevolezza dei suddetti elementi di complessità, oltre alle suddette condizioni di "gradualità" ed "integrazione", impone lo studio, l'assimilazione e l'applicazione di riferimenti teorici e metodologici nell'ambito della valutazione della qualità dei servizi alla persona: si rinvia in tal senso in modo particolare a Bertin G. (2007), *Governance e valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari*, FrancoAngeli, Milano, Bertin G. (2011), *Con-sensus method. Ricerca sociale e costruzione di senso*, FrancoAngeli, Milano – nonché ai relativi riferimenti bibliografici.

Si ritiene che i suddetti riferimenti offrano una cornice generale teorica e metodologica in grado di orientare la presente proposta di "modello di bilancio sociale" per enti del terzo settore (con particolare riferimento alla qualifica di "impresa sociale") garantendo gli elementi di coerenza con i seguenti documenti o linee guida di riferimento in tema di rendicontazione sociale degli enti del terzo settore, tra cui, a titolo non esaustivo:

- Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali 4 Luglio 2019 "Adozione delle Linee Guida per la redazione del bilancio sociale degli enti del Terzo Settore".
- Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali 23 Luglio 2019 "Linee Guida per la realizzazione di sistemi di valutazione dell'impatto sociale delle attività svolte dagli enti del terzo settore".
- Delibera della Giunta Regionale del Veneto n° 815/2020 "Individuazione di uno schema tipo di bilancio sociale per le cooperative sociali e i loro consorzi con sede legale nella Regione del Veneto in attuazione dell'art. 4 bis della legge regionale 3 novembre 2006, n. 23 e ss.mm.ii."
- Documento di Ricerca n° 17 del GBS (Gruppo Bilancio Sociale) "Rendicontazione sociale nel non profit e riforma del terzo settore".

Sulla base dei suddetti riferimenti teorici ed applicativi, considerata la non infrequente confusione terminologica, si ritiene inoltre necessario evidenziare che nella presente edizione del Bilancio Sociale, specie nella redazione del §5 "Obiettivi e Attività", si sono operate le seguenti scelte semantiche e di glossario:

- ATTIVITA': progetti/servizi realizzati dall'organizzazione

Sono esempi in tal senso di "attività" le unità di offerta/servizi/progetti gestiti dall'organizzazione (es. servizio residenziale, servizio semiresidenziale, servizio di assistenza domiciliare, servizio di inserimento lavorativo, progetto di sviluppo di comunità, ecc.). Le singole attività possono appartenere ad ambiti omogenei che vanno a costituire anche "aree/ambiti di attività" dell'organizzazione. Tale significato del termine "attività" consente una correlazione con l'utilizzo dello stesso termine nell'ambito delle classificazioni nazionali (Istat, Ateco, ecc.), della nomenclatura delle AIG (Attività di Interesse Generale) del Codice del Terzo Settore, nonché una loro riconduzione a classificazioni e/o obiettivi adottati a livello nazionale ed internazionale (es. connessione con i 17 obiettivi dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile).

- Classificazione degli elementi/item costitutivi il profilo di qualità dell'"ATTIVITA":

Si propone l'aggregazione degli elementi/items secondo il modello di Show (1986), come ripreso in Donabedian (2005) e Bertin (2007 - op. cit. pag. 104) che scompone il processo di produzione di un'organizzazione in input, processo, output, outcome, agganciandolo allo schema definitivo espresso nel documento di ricerca n° 17 del GBS (cfr. pg. 57). In tal senso:

- INPUT: risorsa (o insieme delle risorse) utilizzate per realizzare un'attività
- PROCESSO: modalità, metodologie, strumenti attraverso cui vengono impiegati gli input
- RISULTATO: output/prodotto immediato e osservabile dell'attività
- EFFETTO: outcome/esito: cambiamento generato sullo stato dei beneficiari delle attività
- IMPATTO: cambiamento generato sul contesto in generale

1.2 IL PERCORSO DI COSTRUZIONE DEL BILANCIO SOCIALE

Operativamente, per la redazione di questo documento è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro, sufficientemente rappresentativo dell'organizzazione e di alcuni portatori di interesse, specialmente interni. Le fasi attraverso cui si è giunti alla redazione, approvazione e pubblicazione del presente bilancio sono state:

FASI REDAZIONE BILANCIO SOCIALE	DESCRIZIONE
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO	- individuazione della funzione interna di gestione del

	<p>processo di rendicontazione sociale;</p> <ul style="list-style-type: none"> - coinvolgimento trasversale dell'organizzazione attraverso l'individuazione di un gruppo di lavoro, composto da persone operanti nei vari ambiti strategici delle attività dell'organizzazione al fine di facilitare il contributo e la rappresentanza ai diversi livelli dell'organizzazione; - integrazione con gli strumenti di sistema-programmazione, controllo e valutazione;
ANALISI	<ul style="list-style-type: none"> - definizione condivisa degli obiettivi strategici, della mappa degli stakeholders, dei risultati e degli effetti conseguiti attraverso l'attività dell'organizzazione; - definizione dei possibili indicatori utili al monitoraggio dei dati oggetto di rilevazione;
RACCOLTA DATI	<ul style="list-style-type: none"> - individuazione delle fonti informative e raccolta dei dati disponibili;
COINVOLGIMENTO DEI PRINCIPALI STAKEHOLDER	<ul style="list-style-type: none"> - coinvolgimento dei principali portatori di interesse dell'organizzazione, specie gli stakeholder interni;.
PRESENTAZIONE DEL PROGETTO DI BILANCIO SOCIALE, MODALITA' DI COMUNICAZIONE E RACCOLTA FEEDBACK	<ul style="list-style-type: none"> - presentazione agli stakeholders coinvolti; - definizione del piano di comunicazione interna ed esterna;
APPROVAZIONE, DEPOSITO, PUBBLICAZIONE E DIFFUSIONE DEL BILANCIO SOCIALE	<p>Il Bilancio sociale viene sottoposto all'approvazione dell'Assemblea dei Soci. Il bilancio sociale regolarmente approvato viene depositato presso il Registro delle Imprese e pubblicato sul sito internet dell'organizzazione.</p>

2) INFORMAZIONI GENERALI SULL'ENTE

INFORMAZIONI	
DENOMINAZIONE	SALUTE E TERRITORIO S.C.S.
CODICE FISCALE	03911270241
PARTITA IVA	03911270241
FORMA GIURIDICA E QUALIFICAZIONE AI SENSI DEL CODICE DEL TERZO SETTORE	SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE DI TIPO A (EX L. 381/91) – IMPRESA SOCIALE DI DIRITTO AI SENSI DELL'ART. 1 C. 4 D.LGS. 112/17
INDIRIZZO SEDE LEGALE	CONTRA' S. DOMENICO n° 26, VICENZA)
ALTRE SEDI	VIA G. PUCCINI n° 5, ALTAVILLA VICENTINA (VI) VIA MONTE VERENA n° 26, DUEVILLE (VI) VIA DONESTRA n° 14, MONTEVIALE (VI) VIA S.S. TRINITA' n° 95, SCHIO (VI) VIA PIAVE n° 25, SOVIZZO (VI) VIA LEGIONE ANTONINI n° 175/M, VICENZA VIALE TRIESTE n° 300, VICENZA VIA F. DE FERRETTI n° 21, VICENZA VIA P. GIRALDI n° 111, VICENZA VIA SALVEMINI n° 53, VICENZA VIA GHELLINI n° 5, VILLAVERLA (VI) VIA DANTE MONTICELLO C. OTTO (VI)
AREE TERRITORIALI DI OPERATIVITA'	Comuni delle aree dell'ULSS 8 "BERICA" (Distretto Est) e ULSS 7 "PEDEMONTANA" (Distretto 2 "Alto Vicentino")
VALORI E FINALITA' PERSEGUITE	<p>SALUTE E TERRITORIO S.C.S. è retta dai principi della mutualità e non ha fini di lucro. Scopo della Cooperativa è perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini, attraverso la gestione, di servizi socio-sanitari ai sensi della L. 381/91 e ss.mm. ii.. In particolare, La cooperativa opera nell'interesse della comunità per lo sviluppo della rete territoriale di servizi sanitari e socio-sanitari, con particolare riferimento allo sviluppo del sistema territoriale di cure primarie in un'ottica di integrazione socio-sanitaria.</p> <p>La cooperativa al riguardo intende:</p> <ul style="list-style-type: none">- supportare, qualificare ed integrare l'attività degli operatori impegnati nei sistemi locali di assistenza primaria, favorendo la collaborazione tra medici di medicina generale, altri operatori sanitari, operatori dei servizi socio-sanitari e sociali operanti in un'ottica di equipe multiprofessionali e di rete territoriale.

- supportare le forme associative della medicina territoriale secondo i principi e gli orientamenti contenuti negli accordi fra Stato e Regioni (Patto della Salute) e nei provvedimenti di programmazione sanitaria e sociosanitaria della Regione Veneto.

ATTIVITÀ STATUTARIE INDIVIDUATE FACENDO RIFERIMENTO ALL'ART. 5 DEL D.LGS. 117/2017 E/O ALL'ART. 2 DEL D.LGS. 112/2017 (OGGETTO SOCIALE); EVIDENZIARE SE IL PERIMETRO DELLE ATTIVITÀ STATUTARIE SIA PIÙ AMPIO DI QUELLE EFFETTIVAMENTE REALIZZATE, CIRCOSTANZIANDO LE ATTIVITÀ EFFETTIVAMENTE SVOLTE;

Salute e Territorio S.C.S., intende perseguire le proprie finalità mediante:

- servizi sanitari e socio-sanitari, infermieristici, riabilitativi, socio-assistenziali ed educativi in ambito ambulatoriale e/o domiciliare in particolare nell'ambito dei sistemi territoriali di cure primarie;

- servizi inerenti l'organizzazione e la gestione dell'attività ambulatoriale delle forme associative della medicina territoriale favorendo l'integrazione con la medicina specialistica e la continuità assistenziale, nonché l'integrazione con altri operatori sanitari e socio-sanitari, anche mediante la fornitura di strumenti, tecnologie, metodologie, servizi gestionali, amministrativi, informativi, telematici e logistici;

- realizzazione di progetti di prevenzione per ottimizzare il sistema delle cure nel territorio;

- gestione di servizi di informazione, orientamento, assistenza a favore della domiciliarità;

- gestione di servizi socio-sanitari e sanitari a carattere residenziale e diurno quali ospedali di comunità, hospice, centri di servizi residenziali, centri diurni;

- organizzazione e gestione di attività di aggiornamento e di formazione per operatori sanitari e socio-sanitari;

- organizzazione di attività scientifiche, gestione di studi epidemiologici, di farmaco-sorveglianza, di farmaco-economia, raccolta ed elaborazione di dati nel settore della Medicina Generale

Il perimetro delle attività statutarie è più ampio del perimetro delle attività effettivamente realizzate. Quest'ultime consistono principalmente in servizi inerenti l'organizzazione e la gestione dell'attività ambulatoriale delle forme associative della medicina territoriale.

ALTRE ATTIVITÀ DIVERSE SVOLTE IN MANIERA SECONDARIA/STRUMENTALE

COLLEGAMENTI CON ALTRI ENTI DEL TERZO SETTORE (INSERIMENTO IN RETI, GRUPPI DI IMPRESE SOCIALI...)

Salute e Territorio S.C.S. detiene una partecipazione in Banca Popolare Etica. Nella compagine sociale si evidenziano n. 3 imprese sociali in forma di cooperativa sociale.

CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il contesto in cui opera Salute e Territorio S.C.S. è principalmente

quello dell'Azienda ULSS 8 "Berica" e del distretto 2 "Alto Vicentino"
dell'Azienda ULSS 7 "Pedemontana".

3) STRUTTURA, GOVERNO E AMMINISTRAZIONE

INFORMAZIONI	
CONSISTENZA E COMPOSIZIONE DELLA BASE SOCIALE /ASSOCIATIVA (SE ESISTENTE)	Ai 31/12/2022, la base sociale di SALUTE E TERRITORIO S.C.S. è composta da n° 91 soci cooperatori, di cui n° 34 soci lavoratori e n° 54 soci fruitori e n° 3 soci persone giuridiche.
SISTEMA DI GOVERNO E CONTROLLO, ARTICOLAZIONE, RESPONSABILITÀ E COMPOSIZIONE DEGLI ORGANI (INDICANDO IN OGNI CASO NOMINATIVI DEGLI AMMINISTRATORI E DEGLI ALTRI SOGGETTI CHE RICOPRONO CARICHE ISTITUZIONALI, DATA DI PRIMA NOMINA, PERIODO PER IL QUALE RIMANGONO IN CARICA, NONCHÉ EVENTUALI CARICHE O INCARICATI ESPRESSIONE DI SPECIFICHE CATEGORIE DI SOCI O ASSOCIATI)	<p>Ai sensi dell'art. 21 dello Statuto, l'Assemblea dei Soci "procede alla nomina del Consiglio di Amministrazione".</p> <p>Ai sensi dell'art. 26 "Il Consiglio di Amministrazione si compone di un numero di membri eletti da 3 a 15 e il numero sarà determinato dall'assemblea prima di procedere all'elezione. La maggioranza degli amministratori è scelta tra i soci cooperatori ovvero tra le persone indicate dai soci cooperatori persone giuridiche. [...] I consiglieri eleggono tra loro un Presidente ed eventualmente un Vice-Presidente. [...] Gli amministratori durano in carica 3 (tre) anni e sono rieleggibili".</p> <p>Ai sensi dell'art. 29 "Il Consiglio di Amministrazione è investito dei più ampi poteri per la gestione ordinaria e straordinaria della società [...]. Dette facoltà, [...] potranno essere delegate al Presidente del Consiglio ed eventualmente al Vice Presidente o ad un Amministratore o al Comitato esecutivo se nominato".</p> <p>Ai sensi dell'art. 30 "La firma e la rappresentanza sociale spettano al Presidente del Consiglio di Amministrazione. In casi di assenza o di impedimento del Presidente tutti i poteri a lui attribuiti spettano al Vice-Presidente, qualora sia stato nominato o, in assenza di questi, ad un consigliere designato dal Consiglio. La rappresentanza sociale spetta inoltre al vice presidente o ad eventuali amministratori delegati nell'ambito dei poteri a loro conferiti".</p>

AMMINISTRATORE	NOMINA	MANDATO	MANDATI	NOMINA	
PAOLA VALLE	20/07/2021	FINO APPROVAZIONE DEL BILANCIO AL 31/12/2023	1	20/07/2021	PRESIDENTE CDA, E LEGALE RAPPRESENTANTE
PIAZZA GIAMPIETRO	20/07/2021	FINO APPROVAZIONE DEL BILANCIO AL 31/12/2023	4	18/09/2014	VICE PRESIDENTE CDA
MESSINA MARIANNA	20/07/2021	FINO APPROVAZIONE DEL BILANCIO AL 31/12/2023	1	20/07/2021	CONSIGLIERE CDA
ZONCHEDDU CLAUDIA	20/07/2021	FINO APPROVAZIONE DEL BILANCIO AL 31/12/2023	1	20/07/2021	CONSIGLIERE CDA
ARZENTON ERMANNO	28/07/2020	FINO APPROVAZIONE DEL BILANCIO AL 31/12/2022	1	20/07/2021	CONSIGLIERE CDA
BONETTO FRANCA	20/07/2021	FINO APPROVAZIONE DEL BILANCIO AL 31/12/2023	1	20/07/2021	CONSIGLIERE CDA
TOSETTO FRANCESCO	20/07/2021	FINO APPROVAZIONE DEL BILANCIO AL 31/12/2022	4	18/09/2014	CONSIGLIERE CDA

MAPPATURA DEI PRINCIPALI STAKEHOLDER E LORO COINVOLGIMENTO

Ai fini di mappare i principali stakeholders di Salute e Territorio S.C.S. e il loro grado di coinvolgimento, si è partiti da quanto previsto dalle linee guida e lo si è applicato considerando quanto suggerito da:

- documento di ricerca n° 10 “la rendicontazione sociale per le aziende non profit” del GBS (gruppo bilancio sociale) in merito all’individuazione degli stakeholder delle aziende non-profit [cfr. § 5]
- documento di ricerca n° 17 “rendicontazione sociale nel non profit e riforma del terzo settore” del GBS (gruppo bilancio sociale) in merito alla mappatura degli stakeholder, attribuendo un valore ai criteri di “rilevanza” e “reattività” utilizzando una scala di valutazione qualitativa (basso, medio, alto). si precisa che:
 - il criterio di “rilevanza” mira a valutare la potenziale influenza/potere esercitata da un particolare stakeholder nei confronti delle decisioni dell’organizzazione;
 - il criterio di “reattività” mira a valutare il grado/velocità con cui con un particolare stakeholder modifica il suo comportamento-atteggiamento nei confronti dell’organizzazione in ragione di determinati avvenimenti positivi o negativi.

Per quanto concerne il dettaglio relativo al grado di coinvolgimento degli stakeholder così individuati, si è utilizzato un criterio di misurazione suddiviso in 4 step/modalità:

- ascolto: inteso come modalità di comunicazione a senso univoco il cui obiettivo è la raccolta di informazioni;

- consultazione/dialogo: inteso come modalità di discussione/confronto, in cui l'organizzazione abilita lo stakeholder a ideare soluzioni comuni;
- collaborazione: intesa come modalità in cui lo stakeholder funge da partner/supporto, anche informale, su progetti condivisi;
- partecipazione: intesa come modalità in cui lo stakeholder diventa parte del processo decisionale dell'organizzazione in modo strutturato e organico.

	STAKEHOLDER	RILEVANZA	REATTIVITÀ	COINVOLGIMENTO
SOCI	Soci	ALTA	ALTA	INCLUSIONE
LAVORATORI	Dipendenti	ALTA	ALTA	INCLUSIONE
	Tirocinanti	MEDIA	MEDIA	CONSULTAZIONE/DIALOGO
	Collaboratori Esterni	MEDIA	MEDIA	CONSULTAZIONE/DIALOGO
FINANZIATORI	Finanziatori Istituzionali	MEDIA	ALTA	CONSULTAZIONE/DIALOGO
	Donatori Privati	BASSA	ALTA	CONSULTAZIONE/DIALOGO
BENEFICIARI/CLIENTI	Beneficiari	MEDIA	ALTA	CONSULTAZIONE/DIALOGO
	Committenti Privati	MEDIA	ALTA	COLLABORAZIONE/PARTERNARIATO
	Committenti Pubblici	MEDIA	ALTA	COLLABORAZIONE/PARTERNARIATO
PA	Stato/Regioni/Comuni	BASSA	MEDIA	CONSULTAZIONE/DIALOGO
	ULSS	BASSA	MEDIA	COLLABORAZIONE/PARTERNARIATO
COLLETTIVITA'	Scuole/Università/ecc.	BASSA	MEDIA	COLLABORAZIONE/PARTERNARIATO
	Altre aziende Profit/Non Profit	BASSA	MEDIA	COLLABORAZIONE/PARTERNARIATO
	Comunità Locale/Nazionale/Internazionale	BASSA	MEDIA	ASCOLTO
FORNITORI	Fornitori Privati	BASSA	BASSA	ASCOLTO

4) PERSONE CHE OPERANO PER L'ENTE

PERSONE	TOTALE IMPIEGATO AL 31/12/2022	74
SESSO	FEMMINE	69
	MASCHI	5
SOCIO	SOCI	34
	NON SOCI	40
TIPO CONTRATTO	TEMPO INDETERMINATO	57
	TEMPO DETERMINATO	17
FULL/PART TIME	FULL TIME	2
	PART TIME	72
MANSIONE	Infermiere Professionale	25
	Assistente di Studio	37
	Ausiliario	8
	Direzione/Coordinamento	4
ANZIANITÀ	FINO A DUE ANNI	23
	DA 2 A 5 ANNI	19
	DA 5 A 10 ANNI	32
	OLTRE 10 ANNI	0

INFORMAZIONI	
ATTIVITÀ DI FORMAZIONE E VALORIZZAZIONE REALIZZATE	Da parte delle funzioni di Direzione e Coordinamento è stata garantita l'attività di supervisione inerente i servizi infermieristici e di assistenza di studio. Hanno avuto continuità le riunioni periodiche mensili tra i referenti infermieristici e delle assistenti di studio (ove nominati). E' stata garantita l'attività formativa in tema di sicurezza negli ambienti di lavoro.
CCNL APPLICATO AI DIPENDENTI	CCNL per le lavoratrici e i lavoratori delle cooperative del settore socio-sanitario-assistenziale-educativo e di inserimento lavorativo - cooperative sociali
NATURA DELLE ATTIVITA' SVOLTE DAI VOLONTARI	Non si rilevano attività svolte da volontari
STRUTTURA DEI COMPENSI, DELLE RETRIBUZIONI, DELLE INDENNITÀ DI CARICA E MODALITÀ E IMPORTI DEI RIMBORSI AI VOLONTARI:	Non si rilevano indennità di carica e rimborsi ai volontari.
EMOLUMENTI, COMPENSI O CORRISPETTIVI A QUALSIASI TITOLO ATTRIBUITI AI	Non si rilevano compensi.

COMPONENTI DEGLI ORGANI DI AMMINISTRAZIONE E CONTROLLO, AI DIRIGENTI NONCHÉ AGLI ASSOCIATI

RAPPORTO TRA RETRIBUZIONE ANNUA LORDA MASSIMA E MINIMA DEI LAVORATORI DIPENDENTI DELL'ENTE

Il rapporto tra la retribuzione annua lorda massima (€ 35.406,54) e minima (€ 16.309,67) dei lavoratori dipendenti della cooperativa rapportata a un tempo pieno equivalente è di 2,17

IN CASO DI UTILIZZO DELLA POSSIBILITÀ DI EFFETTUARE RIMBORSI AI VOLONTARI A FRONTE DI AUTOCERTIFICAZIONE, MODALITÀ DI REGOLAMENTAZIONE, IMPORTO DEI RIMBORSI COMPLESSIVI ANNUALI E NUMERO DI VOLONTARI CHE NE HANNO USUFRUITO

Non sono stati effettuati rimborsi a volontari.

5. OBIETTIVI E ATTIVITA'

Nel corso del 2022 l'attività delle Medicine di Gruppo, e di conseguenza l'attività di Salute e Territorio, è stata svolta con continuità e tornando all'applicazione di processi organizzativi, specie per quanto riguarda le modalità di accesso, precedenti l'emergenza sanitaria, pur conservando alcune buone prassi sperimentate nel periodo emergenziale.

Il rinnovo dei contratti di esercizio delle Medicine di Gruppo Integrate con le rispettive Ulss di appartenenza e la conseguente prospettiva di continuità dell'attività delle stesse e della cooperativa rappresentano elementi che confermano l'opportunità di inserire nel presente capitolo la descrizione del modello valutativo del livello di raggiungimento degli obiettivi e delle attività adottato da Salute e Territorio. Quanto segue è tratto dal contributo "Valutare la medicina territoriale. La definizione di un Profilo di Qualità della Medicina di Gruppo Integrata" (a cura di Marta Pantalone, Università Ca' Foscari, Venezia, Dipartimento di Economia; Giovanni Bertin, Università Ca' Foscari, Venezia, Dipartimento di Economia; Gianni Zulian, Cooperativa sociale 'Salute e Territorio') redatto in preparazione del V Convegno SISEC 2021 dal titolo: "Rilanciare servizi innovativi di medicina territoriale: cosa ci indica l'impatto del Covid-19?".

1. Breve quadro teorico di riferimento

La configurazione del tutto particolare che ha assunto il contesto epidemiologico negli ultimi decenni, con l'inversione della piramide demografica (Istat 2019), l'invecchiamento della popolazione (Bertin 2009; Pantalone e Bertin 2019), la transizione epidemiologica e le malattie della terza età (Commissione Europea 2017), la "cronicità" e non autosufficienza come nuove dimensioni dell'assistenza (Da Roit e Pantalone 2018; Bertin e Da Roit, 2020), il mutamento della società "tradizionale" (famiglia, identità, reti sociali) hanno attivato una domanda di profondo cambiamento nei sistemi sanitari dei paesi occidentali. Questa spinta, per altro, collima con l'orientamento che l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce "care near to patient". Il mutamento di contesto ha condotto all'assunzione di una visione organizzativa e manageriale in cui il territorio diventa caposaldo della cronicità e l'ospedale caposaldo dell'acuzie, collocando la gestione delle patologie croniche a livello territoriale (Bertin e Pantalone 2017).

I sempre più diffusi bisogni assistenziali legati alle patologie croniche, alla polipatologia e alla fragilità hanno indotto a ripensare ai modelli assistenziali esistenti. In Veneto, a partire del Piano Socio Sanitario 2012-2016, la Regione ha introdotto il modello organizzativo della Medicina di Gruppo Integrata (MGI) con l'obiettivo di implementare lo sviluppo delle cure primarie e rilanciare la funzione dei medici di medicina generale (MMG). La MGI è una forma organizzativa innovativa basata sull'aggregazione di più MMG di un territorio che lavorano in sinergia con infermieri e assistenti di studio per fornire una risposta più adeguata alle problematiche assistenziali della popolazione.

Definire la qualità del processo di cura offerto dalle MGI si rivela un processo complesso: i criteri di valutazione devono, infatti, catturare la natura multiprofessionale delle attività insieme alle esigenze ed interessi di diversi attori coinvolti, come il personale attivo sul campo (medici, infermieri, assistenti di studio) e i gli utilizzatori dei servizi (Groenewoud 2008). Aver presente i differenti elementi di complessità significa riuscire a costruire un modello di valutazione della qualità in grado di combinare la necessità di coinvolgere nei processi di valutazione i diversi attori del processo di produzione del servizio da valutare e, insieme, utilizzare strategie informative diverse. La complessità dell'oggetto della valutazione, lungi dal permettere la costruzione di un unico modello valido per tutti i contesti, consente di definire un approccio complessivo che segue alcune fasi fondamentali ed utilizza strategie di gestione delle relazioni con gli attori sociali e tecniche di trattamento delle informazioni differenziate in funzione del contesto e dell'oggetto da valutare (Bertin 2007). Tali fasi sono: 1) la creazione di senso e la definizione dei criteri che connotano il concetto "qualità" nella valutazione di uno specifico servizio; 2) la progettazione e la costruzione degli strumenti informativi necessari per la valutazione della qualità (singoli indicatori di valutazione); 3) la definizione delle regole di aggregazione delle singole informazioni e di costruzione del Q.A.I. (Quality Assessment Index); 4) l'analisi dell'attendibilità e della validità delle misure di valutazione della qualità che sono state costruite. La riflessione teorica si radica nella letteratura che ha approfondito i processi di creazione di senso (Luhmann 1990, 2005; Weick, 1997) e il concetto di valutazione come processo sociale (Weiss, 1974; Palumbo, 2001; Pawson, 2002; Stame, 2007).

Dalla metà degli anni Sessanta, la qualità dell'assistenza sanitaria è stata misurata in termini di tre componenti primarie: struttura (structure), processo (process) ed esito (output e outcome) (Donabedian 1980). La componente della "struttura" fa riferimento alla capacità degli operatori o dell'infrastruttura di fornire cure di alta qualità. Le variabili strutturali comprendono il livello e la tipologia di istruzione e formazione del personale e le caratteristiche della struttura in relazione alle caratteristiche dei pazienti o dei residenti, nonché l'adeguatezza degli ambienti e la disponibilità di tecnologie sanitarie. Tali variabili, in definitiva, comprendono tutti gli "input" che entrano nel processo di cura. La componente di "processo" concerne i processi di lavoro e le modalità mediante le quali vengono utilizzate le risorse, in termini di appropriatezza, competenza, coordinamento e continuità delle cure. La componente di "esito" delle pratiche di assistenza rappresenta, infine, da un lato l'insieme delle prestazioni erogate, dall'altro i cambiamenti nello stato e nelle condizioni di salute (tanto funzionali quanto psicosociali) attribuibili all'assistenza ricevuta (o non ricevuta).

2. Domanda di ricerca e metodo

La Cooperativa sociale "Salute e territorio" (SeT) opera nel territorio della provincia di Vicenza (Aziende ULSS 7 Pedemontana e 8 Berica) secondo una logica di community care. SeT si pone a

servizio del processo di sviluppo dei sistemi territoriali di cure primarie mediante l'offerta di servizi integrati socio-sanitari ed organizzativi a supporto di 6 MGI e 4 MG. La Cooperativa al 31.12.2022 è formata da 54 Medici e 74 Operatori (Infermieri, Assistenti di Studio, Ausiliari, Responsabili di Direzione e Coordinamento). Essa progetta e gestisce servizi inerenti all'organizzazione e gestione dell'attività ambulatoriale favorendo l'integrazione con la medicina specialistica e la continuità assistenziale, nonché l'integrazione con altri operatori sanitari e socio-sanitari.

A partire da febbraio 2018, la Cooperativa ha promosso un percorso partecipato finalizzato alla definizione ed applicazione di un modello di valutazione della qualità della MGI. Obiettivo primario è stato quello di definire, mediante il coinvolgimento di diversi stakeholders, un profilo di qualità della MGI quale strumento di gestione, valutazione, miglioramento e rendicontazione dei livelli di qualità delle MGI coinvolte, in un'ottica di azione volontaria di confronto tra esperienze e diffusione di buone prassi.

Il processo si è sviluppato seguendo una metodologia Consensus method (CM), utile quando si vuole garantire che diversi punti di vista, espressione di più parti interessate, siano inclusi nel processo decisionale sullo sviluppo di progetti, programmi, agende (Bertin 2011; Murphy et al. 2008). Il processo di CM coinvolge esperti competenti e qualificati sull'argomento in questione e mira a estrarre il massimo dalla creatività dal gruppo e a giungere alla costruzione di un significato condiviso sull'argomento (con-sensus). Il percorso ha coinvolto MMG, infermieri, assistenti di studio delle MGI, i referenti dell'Unità Operativa Cure Primarie dell'A.Ulss 7 e 8 e un gruppo di utenti/pazienti delle MGI.

Coerentemente con la metodologia scelta (Murphy et al. 2008), la prima fase della ricerca (fase creativa) è consistita nel cd. lavoro "creativo". Mediante la conduzione di due brainstorming, uno con un gruppo di pazienti/utenti delle MGI, uno con MMG, infermieri, assistenti di studio delle MGI, i referenti dell'Unità Operativa Cure Primarie dell'A.Ulss 7 e 8, sono stati individuati i criteri che, secondo lo specifico punto di osservazione di ciascuno, dovrebbero essere utilizzati per valutare la qualità dell'attività della MGI. L'analisi del materiale creativo ha permesso di stilare una lista di elementi/item che ciascun partecipante ha indicato quali criteri di valutazione. La seconda fase (fase concettuale) è consistita nell'elaborazione concettuale e semantica degli elementi emersi dai due brainstorming secondo i criteri di unidimensionalità (ciascun item deve far riferimento a una singola dimensione) e indipendenza semantica (ciascun elemento non deve presentare spazi di sovrapposizione con gli altri). Sono emersi 37 elementi di qualità che sono stati classificati secondo la logica di struttura, processo ed esito (Donabedian 2005):

- input: se fanno riferimento ai diversi tipi di risorse che entrano nel processo di lavoro (es. personale, tecnologie, ausili ...);
- processo: se fanno riferimento ai processi di lavoro, alle modalità mediante le quali vengono utilizzate le risorse;

- output: se fanno riferimento alle prestazioni effettuate sul sistema utente (persona, famiglia);
- outcome: se fanno riferimento agli effetti delle prestazioni sul sistema utente (persona, famiglia).

La terza e ultima fase (fase valutativa) è consistita nell'attivazione di un processo valutativo mediante la realizzazione di una Nominal Group Technique¹ (NGT) informatizzata² cui hanno partecipato alcuni MMG, infermieri, assistenti di studio delle MGI, i referenti dell'Unità Operativa Cure Primarie dell'A.Ulss 7 e 8. I partecipanti hanno assegnato a ciascuno dei 37 elementi di qualità un punteggio rispetto a due criteri di valutazione: l'importanza (importanza relativa del criterio nel definire la qualità della cura) e la misurabilità del criterio stesso (quanto il criterio è agevolmente misurabile), utilizzando una scala dove 1 = per niente importante/difficilmente misurabile e 5 = del tutto importante/facilmente misurabile³.

La NGT ha permesso l'individuazione di 14 aree di qualità (valutate contemporaneamente importanti e misurabili). Un sottogruppo eterogeneo di MMG, infermieri e assistenti di studio ha, quindi, identificato per ciascuna area semantica, le dimensioni osservabili (variabili) e le modalità di raccolta delle informazioni. In particolare, da un lato, sono state predisposte le schede per la rilevazione dei dati (una o più per ciascuna area semantica a seconda della modalità di rilevazione prescelta: analisi documentale, intervista o osservazione diretta), dall'altro, per ciascuna area è stata individuata la formula di calcolo per ogni sotto-indicatore e la formula per il calcolo dell'indicatore sintetico per area semantica (si è ricorso ad una consultazione di MMG, infermieri e assistenti di studio referenti per l'attribuzione dei pesi da assegnare agli indicatori che compongono l'indice).

3. Principali risultati

3.1 Definire la qualità della medicina territoriale

La prima parte del lavoro ha attivato un percorso partecipato che ha permesso di scomporre e ricostruire la complessità assunta dalla valutazione della qualità nell'ambito della medicina territoriale, evidenziando 37 elementi di qualità. Mediante NGT, il gruppo di esperti ha valutato

¹ La NGT, insieme al Delphi, è una delle tecniche che tendono a far emergere il massimo delle potenzialità informative da un gruppo di esperti, evitando o limitando le possibili distorsioni che si producono nelle normali riunioni di gruppo.

² Per rendere più efficiente il processo di confronto fra esperti, si è utilizzato un software specializzato che ha consentito di gestire la riunione NGT in maniera informatizzata e a distanza (i partecipanti erano nel proprio ufficio o domicilio da Roma a Trento a Padova). Gli esperti, ciascuno con il proprio computer, si sono connessi in videoconferenza Skype.

³ Il software ha elaborato in tempo reale indicatori di tendenza centrale e di dispersione relativamente ad ogni elemento inserito nel questionario. Il criterio utilizzato per determinare il raggiungimento dell'omogeneità, quindi dell'accordo degli esperti sull'importanza o fattibilità dell'item, è stato uno scarto interquartile minore o uguale a 1,5. Gli elementi dove si è registrata omogeneità di giudizio non sono stati più discussi, quelli invece rispetto ai quali il gruppo si è trovato in disaccordo sono stati discussi chiedendo ai partecipanti di immaginare quali potrebbero essere state le argomentazioni a favore di un voto di alta o bassa importanza/misurabilità, al di là del giudizio che ciascun esperto aveva dato nel questionario. L'obiettivo di questa fase di confronto tra esperti è stato quello di far sì che tutti si sforzassero di considerare i diversi punti di vista e quindi, eventualmente, riconsiderare il proprio. Si è proceduto, quindi, a una seconda votazione degli elementi risultati non omogenei. Anche il secondo questionario ha presentato una misura di tendenza centrale e una di dispersione. Il processo di valutazione si è arrestato quando gli esperti sono risultati omogenei nel giudicare gli item considerati ovvero quando si è stabilizzato un giudizio non omogeneo, ma non più significativamente modificabile da parte di quello specifico gruppo di esperti (indicatore di stabilità).

questi 37 elementi con riferimento a due criteri: l'importanza (importanza relativa del criterio nell'identificare una dimensione di qualità) e la misurabilità (ossia la relativa facilità nella misurazione della dimensione). La tabella 1 riporta i risultati della NGT informatizzata.

Tab. 1 – Criteri di qualità della MGI, valore medio dei giudizi degli esperti per importanza e misurabilità

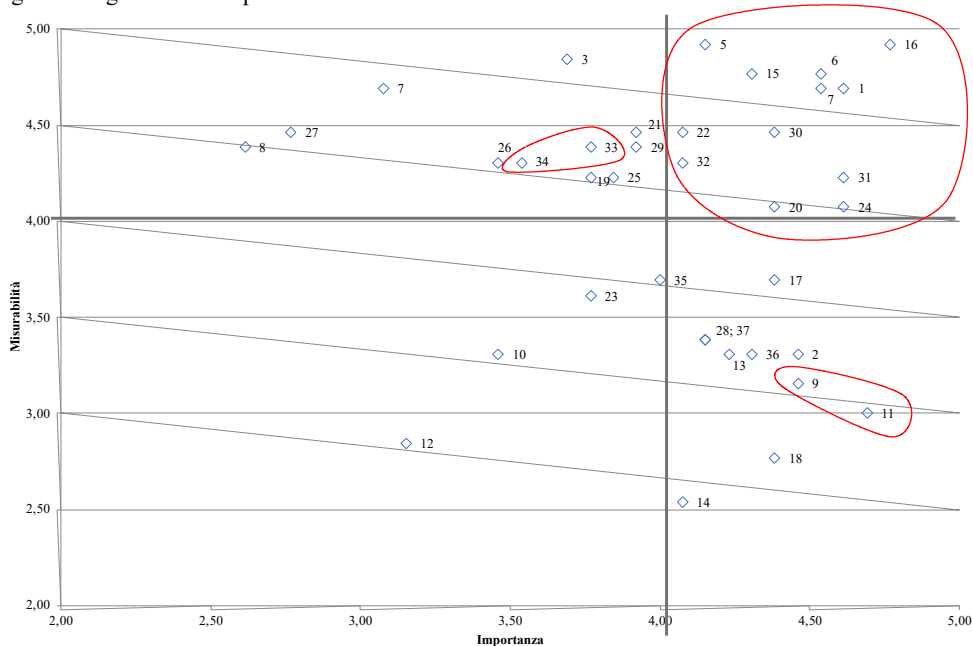
	Importanza	Misurabilità
1. Adeguata composizione quantitativa delle risorse umane	4,62	4,69
2. Elevata competenza professionale	4,46	3,31
3. Adeguata spazi interni	3,69	4,85
4. Adeguata localizzazione	3,08	4,69
5. Assenza di barriere architettoniche	4,15	4,92
6. Adeguata dotazione di infrastrutture tecnologico-strutturali	4,54	4,77
7. Dotazione strumentale sanitaria per lo svolgimento delle attività di base previste per MGI	4,54	4,69
8. Dotazione aggiuntiva di attrezzature diagnostiche (es. Elettrocardiografo, ecografo)	2,62	4,38
9. Chiarezza dei ruoli	4,46	3,15
10. Attività di supervisione	3,46	3,31
11. Integrazione professionale	4,69	3,00
12. Buona integrazione con la comunità	3,15	2,85
13. Continuità nella gestione del processo di cura	4,23	3,31
14. Approccio globale al paziente	4,08	2,54
15. Medicina di iniziativa	4,31	4,77
16. Accessibilità alle cure	4,77	4,92
17. Clima organizzativo positivo tra operatori	4,38	3,69
18. Buona gestione della relazione con il paziente	4,38	2,77
19. Utilizzo di sistemi di controllo di gestione	3,77	4,23
20. Utilizzo di sistemi di valutazione dei processi di cura	4,38	4,08
21. Aggiornamento continuo	3,92	4,46
22. Attività di comunicazione	4,08	4,46
23. Appropriata delle prestazioni diagnostiche	3,77	3,62
24. Appropriata delle prestazioni di cura	4,62	4,08
25. Efficienza delle prestazioni	3,85	4,23
26. Adeguata quantità di prestazioni	3,46	4,31
27. Prestazioni domiciliari	2,77	4,46
28. Appropriata prestazioni di prevenzione	4,15	3,38
29. Prestazioni di <i>empowerment</i> del paziente	3,92	4,38
30. Gestione organizzativa del processo di cura	4,38	4,46
31. Adeguata gestione delle prestazioni non differibili	4,62	4,23
32. Aumento della sostenibilità del sistema: accessi ospedalieri e/o in strutture	4,08	4,31
33. Aumento della sostenibilità del sistema: accessi a prestazioni specialistiche	3,77	4,38
34. Aumento della sostenibilità del sistema: prescrizione farmaci	3,54	4,31
35. Miglioramento degli stili di vita sani	4,00	3,69
36. Riduzione patologie specifiche sulle quali la MGI può intervenire	4,31	3,31
37. Mantenimento dello stato di salute nell'ambito della cronicità	4,15	3,38

Incrociando i due criteri (diagramma di dispersione in Fig. 1) e considerando come criterio di suddivisione del piano cartesiano la media delle medie (linee grigio nel grafico), emergono tre gruppi di dimensioni

- Gruppo 1: dimensioni considerate contemporaneamente importanti e facilmente misurabili (quadrante in alto a destra)
- Gruppo 2: dimensioni considerate importanti, ma non facilmente misurabili (quadrante in basso a destra)

- Gruppo 3: dimensioni considerate relativamente meno importanti ancorché misurabili (quadrante in alto a sinistra)

Fig. 1 – Diagramma di dispersione



Sulla base di questo lavoro sono state individuate 14 dimensioni (o aree) di qualità e, per ciascuna, sono stati definiti una serie di sub-indicatori e un indicatore per ogni area e un indice complessivo di qualità (Tab. 2).

Tab. 2 – Aree di qualità e relativi sub-indicatori

Area

Area 1 - ADEGUATA COMPOSIZIONE QUANTITATIVA DELLE RISORSE UMANE (peso: 7.4)

Area 2 - ASSENZA DI BARRIERE ARCHITETTONICHE (6.7)

Area 3 - ADEGUATA DOTAZIONE DI INFRASTRUTTURE TECNOLOGICO-STRUTTURALI (7.3)

Area 4 – DOTAZIONE STRUMENTALE SANITARIA PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ DI BASE PREVISTE PER MGI (7.3)

Area 5 - CHIAREZZA DEI RUOLI (7.2)

Area 6 – INTEGRAZIONE PROFESSIONALE (7.5)

Indicatore

I_{1,1} – Assistenti di studio (peso: 0.33)

I_{1,2} – Infermieri (0.33)

I_{1,3} – Medici (0.33)

I_{2,1} – Accesso alla struttura (0.33)

I_{2,2} – Bagno attrezzato (0.33)

I_{2,3} – Parcheggio persone in difficoltà (0.33)

I_{3,1} – Linee telefoniche (0.20)

I_{3,2} – Personal computer (0.20)

I_{3,3} – Connettività veloce (0.20)

I_{3,4} – Programma gestionale unico (0.20)

I_{3,5} – Contratto di assistenza tecnico-informatica (0.20)

I_{4,1} – Carrello infermieristico (0.14)

I_{4,2} – Coagulometro (0.14)

I_{4,3} – Spirometro (0.14)

I_{4,4} – Doppler vascolare (0.14)

I_{4,5} – Elettrocardiografo (0.14)

I_{4,6} – Defibrillatore (0.14)

I_{4,7} – Bilancia con statimetro (0.14)

I_{5,1} – Ruoli assunti dai diversi operatori entro i PTDA (0.40)

I_{5,2} – Divise diverse per ruolo (0.20)

I_{5,3} – Referente per ogni figura professionale (MMG, Inf, AdS) (0.40)

I_{6,1} – Momenti di incontro plenario interprofessionale (0.20)

I_{6,2} – Strumento per il passaggio delle consegne (0.20)

I_{6,3} – Momenti di incontro monoprofessionale (0.20)

I_{6,4} – Cartella paziente condivisa (0.20)

Area 7 – MEDICINA DI INIZIATIVA (6.9)

I_{6,5} – Definizione diritti d’accesso per ciascun ruolo (0.20)
 I_{7,1} – Percorso strutturato ATTIVO per PDTA diabete (0.25)
 I_{7,2} – Percorso strutturato ATTIVO per PDTA BPCO (0.25)
 I_{7,3} – Percorso strutturato ATTIVO per PDTA scompenso (0.25)
 I_{7,4} – Percorso strutturato ATTIVO per PDTA TAO (0.25)

Tab. 2 – Aree di qualità e relativi sub-indicatori (segue)

Area 8 – ACCESSIBILITÀ ALLE CURE (7.7)

I_{8,1} – Carta servizi: Orari di apertura (0.25)
 I_{8,2} – Carta servizi: Orari di accessibilità telefonica AdS (0.25)
 I_{8,3} – Tasso visite mediche programmate (0.25)
 I_{8,4} – Copertura oraria delle diverse figure presenti (0.25)

Area 9 – ESISTENZA DI PROCESSI DI VALUTAZIONE (7.0)

I_{9,1} – Report di valutazione annuale MG/MGI

Area 10 - ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE (6.6)

I_{10,1} – Presenza carta dei servizi (0.33)
 I_{10,2} – Presenza sito internet (0.33)
 I_{10,1} – Presenza bacheca informativa (0.33)

Area 11 – APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI DI CURA (7.4)

I_{11,1} – PDTA DIABETE
 I_{11,2} – PDTA BPCO
 I_{11,3} – PDTA SCOMPENSO
 I_{11,4} – PDTA TAO
 I_{12,1} – Centro Unico di Prenotazione (CUP) (0.25)

Area 12 – GESTIONE ORGANIZZATIVA DEL PROCESSO DI CURA (7.0)

I_{12,2} – Ambulatorio infermieristico (0.25)
 I_{12,3} – Punto prelievi (0.25)
 I_{12,4} – Servizio Ecofarmacia (0.25)
 I_{13,1} – Protocollo gestione Prestazioni Non Differibili (0.20)

Area 13 – ADEGUATA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI NON DIFFERIBILI (7.4)

I_{13,2} – Triage Infermieristico (0.20)
 I_{13,3} – Medico incaricato PND (0.20)
 I_{13,4} – Tasso prestazioni mediche non differibili (0.20)
 I_{13,5} – Tasso prestazioni infermieristiche non differibili (0.20)
 I_{14,1} – Accessi in PS (0.25)

Area 14 – AUMENTO DELLA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA (6.6)

I_{14,2} – Accessi in PS ultra65 (0.25)
 I_{14,3} – Tasso ricoveri ospedalieri (0.25)
 I_{14,4} – Costo farmaceutica convenzionata (0.25)

3.2 Misurare la qualità della MGI

Nell’autunno 2019 è stata effettuata la prima rilevazione della qualità nelle 6 MGI che aderiscono alla Cooperativa. La rilevazione ha restituito a ciascuna MGI un risultato complessivo relativo al livello di qualità e una panoramica sulle 14 sub-aree e, insieme al processo che l’ha generata, ha permesso di attivare una duplice riflessione.

La prima concerne una valutazione della qualità complessiva dell’operato delle singole MGI: fatto 100 il punteggio massimo di qualità, le 6 MGI si hanno raggiunto punteggi compresi tra 75,74 e 85,23. A ciascuna MGI è stata restituita una “istantanea” della qualità rispetto alle 14 aree prese in considerazione che ha permesso di analizzare i punti di forza e di debolezza della propria organizzazione e iniziare a pianificare e implementare azioni e piani di miglioramento specifici nelle aree ove necessario (Tab. 3).

Tab. 3 – Aree di qualità e valori per ciascuna MGI

	MGI 01	MGI 02	MGI 03	MGI 04	MGI 05	MGI 06
Area 1 – Adeguata composizione quantitativa delle risorse umane (I ₁)	0,91	0,95	0,90	0,95	0,83	0,64
Area 2 – Accessibilità della struttura (I ₂)	0,93	0,67	0,60	0,67	0,60	0,93
Area 3 – Adeguata dotazione di infrastrutture tecnologico-strutturali (I ₃)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Area 4 – Dotazione strumentale sanitaria per lo svolgimento delle attività di base previste per MGI (I ₄)	0,71	0,86	0,86	0,71	0,71	0,71

Area 5 – Chiarezza dei ruoli (I ₅)	0,73	0,80	0,80	0,67	0,73	0,80
Area 6 – Integrazione professionale (I ₆)	0,97	0,90	0,86	0,73	0,98	0,82
Area 7 – Medicina di iniziativa (I ₇)	0,83	0,95	0,76	0,81	0,71	0,72
Area 8 – Accessibilità alle cure (I ₈)	0,76	0,67	0,72	0,81	0,86	0,72
Area 9 – Esistenza di processi di valutazione (I ₉)	0,57	0,57	0,57	0,57	0,57	0,86
Area 10 – Attività di comunicazione (I ₁₀)	0,33	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Area 11 – Appropriatelyzza delle prestazioni di cura (I ₁₁)	0,68	0,82	0,75	0,72	0,78	0,62
Area 12 – Gestione organizzativa del processo di cura (I ₁₂)	1,00	1,00	1,00	0,50	1,00	0,50
Area 13 – Adeguata gestione delle prestazioni non differibili (I ₁₃)	0,80	0,77	0,81	0,94	0,80	0,68
Area 14 – Aumento della sostenibilità del sistema (I ₁₄)	1,00	1,00	1,00	0,50	1,00	0,88
Indice complessivo	80,36	85,23	82,93	75,74	82,68	77,30

La seconda riguarda l'avvio di un confronto fra le diverse MGI, di un apprendimento organizzativo che ha permesso di allargare lo sguardo oltre l'operatività quotidiana, in un'ottica sistemica di qualità e integrazione delle cure.

Il radar (Fig.2) mostra il posizionamento delle singole MGI rispetto a ciascuna area in esame e permette di cogliere lo scostamento tra le diverse realtà organizzative.

Fig. 2 – Posizionamento delle aree di qualità

Solo una è l'area in cui tutte le MGI raggiungono il massimo punteggio e fa riferimento all'adeguata dotazione di infrastrutture tecnologico-strutturali (Area 3: presenza di Linee telefoniche, Personal computer, Connettività veloce, Programma gestionale unico, Contratto di assistenza tecnico-informatica). Cinque MGI su 6 soddisfanno appieno tutti i requisiti di qualità in relazione all'area delle attività di comunicazione (10), essendo dotate di carta dei servizi, sito internet e bacheca informativa. Ottimi risultati per quattro MGI su sei sono ottenuti in relazione alle aree della gestione organizzativa del processo di cura (Area 12: Centro Unico di Prenotazione, Ambulatorio infermieristico, Punto prelievi, Servizio Ecofarmacia) e dell'aumento della sostenibilità del sistema (Area 14: Accessi in PS, Accessi in PS ultra65, Tasso ricoveri ospedalieri, Costo farmaceutica convenzionata).

Per un buon numero di aree si riscontra che nessuna MGI ottiene il punteggio massimo (1), ma le diverse realtà ottengono punteggi differenti tra loro con "forbici" più o meno ampie.

3.3 MGI, qualità, Covid-19 e prosecuzione progetto di valutazione

Le MGI, come tutte le altre realtà sanitarie delle Aziende ULSS, con l'avvento della pandemia Covid-19, si sono trovate ad affrontare una realtà sanitaria e gestionale mai conosciuta prima. In tale contesto, la stretta integrazione e collaborazione tra le MGI appartenenti a SeT ha reso possibile una veloce riorganizzazione del lavoro che, grazie al supporto attivo del Servizio Cure

Primarie dell'Azienda ULSS, ha stato assicurato il supporto ai pazienti, pur riducendo nettamente il rischio di contagio ambulatoriale.

Dopo una 'fase 1', dedicata sostanzialmente al contenimento e alla gestione Covid-19 (febbraio-aprile 2020), si è passati alla gestione della 'fase 2', in cui si è cercato di rispondere a tutti quei bisogni di salute che erano stati compressi nei primi mesi, mantenendo però un'altissima attenzione nell'identificare precocemente i casi paucisintomatici di Covid-19 da inviare al tampone ed evitando che gli ambulatori diventassero fonte di contagio. Da maggio 2020 e per tutto il 2021, le modalità di accesso e di gestione dei pazienti hanno assunto caratteristiche del tutto differenti rispetto a quelle applicate fino a pochi mesi prima. Le MGI hanno ritenuto di fondamentale importanza il dotarsi di una struttura organizzata (anche nel caso di recrudescenza dell'epidemia, come poi avvenuto). A tal riguardo è stato prodotto il "Documento per la gestione emergenza Covid-19: Fase 2", frutto di un percorso comune delle MGI Distretto EST ULSS 8 associate a Salute e Territorio, per la gestione degli ambulatori e dei PDTA nella fase 2. Si è deciso di:

- dare il più ampio spazio possibile alla telemedicina (consulto telefonico, video visita, email, fax) per gestire tutte le problematiche che non necessitano di una visita ambulatoriale;
- garantire accessi ambulatoriali con modalità "protette" per evitare qualsiasi possibile fonte di contagio, sia per gli operatori sanitari che per i pazienti;
- rendere disponibile a tutti i medici un modello unico di gestione del paziente Covid-19 domiciliare, nel rispetto degli ambiti di intervento degli altri enti ULSS preposti (SISP, Centrale Covid EST, USCA) nell'ottica di una sempre migliore e fattiva collaborazione.

La gestione della cronicità tramite i PDTA (diabete, BPCO, fibrillazione atriale, scompenso) è stata modificata al fine di garantire il massimo di sicurezza dei pazienti afferenti (fragili per definizione) e assicurare nel contempo il soddisfacimento dei bisogni di salute previsti. Questo attraverso una valutazione del rischio/beneficio tra accesso ad ambiente sanitario con esposizione a rischio Covid 19 e follow up della malattia.

In tale contesto così incerto, la campagna vaccinale antiinfluenzale in autunno ha assunto un ruolo fondamentale ed è stata condotta con criteri di sicurezza e con un utilizzo di energie e tempi nettamente superiore con un Protocollo Gestionale coordinato dalle MGI e con destinazione di risorse aggiuntive tramite accordo con l'Ulss. È stato attuato un piano specifico che è partito anticipatamente rispetto al consueto sia per reclutare più persone sia per organizzare l'accesso secondo le regole del distanziamento sociale.

In un momento così fluido e variabile, in cui le modalità di presentazione e di gestione della pandemia cambiano velocemente, è stata inoltre proposta una Cabina di regia tra Cure Primarie e Medicine di Gruppo Integrate, intesa come strumento veloce e flessibile che permetta di adeguare l'operato delle MGI alla realtà presente e aiutare nel contempo l'Azienda a mantenere un controllo costante del territorio.

A titolo conclusivo, con particolare riferimento al progetto di valutazione, è ovvio che le variazioni intercorse, con particolare riferimento all'impossibilità di garantire alcune attività nell'ambito dei PDTA ed alle modifiche sostanziali delle modalità di "accesso alle MGI", rendono necessarie alcune integrazioni al sistema di indicatori in precedenza elaborati. L'avvento della pandemia da Covid-19 ha costituito occasione per ripensare e aggiornare alcune aree e dimensioni della qualità come conseguenza dei cambiamenti che hanno investito la medicina territoriale: dalla modificazione sostanziale del processo di gestione delle visite mediche (programmate e non programmate), alla modificazione dei canali prioritari di accesso (con la rigorosa regolamentazione dell'accesso diretto in ambulatorio e l'aumento dei contatti con i pazienti tele-video-fonici), con la conseguente necessità di intervenire sui processi organizzativi e sulle infrastrutture di cui le MGI sono dotate.

Nel corso del 2022 si è gestito un graduale rientro dalla fase emergenziale, conservando alcuni processi organizzativi in ottica preventiva, in particolare per quanto riguarda i criteri e le modalità di accesso degli assistiti e la gestione delle campagne vaccinali. La possibilità di riattivare modalità di gestione in regime di "normalità" pone le condizioni di ripresa dell'attività di applicazione del modello valutativo sopra descritto che ha avuto un'inevitabile sospensione durante il periodo pandemico. Tale ripresa di attività valutativa viene posta tra i principali obiettivi operativi che la cooperativa intende raggiungere nel breve periodo.

6) SITUAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA

6.1) PROVENIENZA DELLE RISORSE ECONOMICHE CON SEPARATA INDICAZIONE DEI CONTRIBUTI PUBBLICI E PRIVATI

STATO PATRIMONIALE	2022	2021
ATTIVO	€ 1.123.812,19	€ 997.637,29
A) CREDITO VS. I SOCI PER I VERSAMENTI ANCORA DOVUTI	€ 1.900,00	€ 1.000,00
B) IMMOBILIZZAZIONI	€ 140.742,86	€ 171.672,10
C) ATTIVO CIRCOLANTE	€ 967.048,22	€ 812.641,52
D) RATEI E RISCONTI	€ 14.121,11	€ 12.323,67
PASSIVO	€ 1.123.812,19	€ 997.637,29
A) PATRIMONIO NETTO	€ 112.787,09	€ 98.065,00
B) FONDI PER RISCHI E ONERI	€ 14.000,00	€ -
C) TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO	€ 368.480,11	€ 311.610,65
D) DEBITI	€ 626.506,95	€ 585.946,19
E) RATEI E RISCONTI	€ 2.038,04	€ 2.015,45

	2022	2021
A) PATRIMONIO NETTO	€ 112.787,09	€ 98.065,00
I - CAPITALE	€ 43.700,00	€ 38.000,00
IV - RISERVA LEGALE	€ 28.528,79	€ 27.004,52
V - RISERVE STATUTARIE	€ 31.383,78	€ 27.979,59
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	€ 9.174,52	€ 5.080,89

CONTO ECONOMICO	2022	2021
A) VALORE DELLA PRODUZIONE	€ 2.148.079,43	€ 1.964.726,57
1) Ricavi delle vendite e delle prestazioni	€ 2.124.620,28	€ 1.947.445,67
5) Altri ricavi e proventi	€ 23.459,15	€ 17.280,90
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	-€ 2.123.703,27	-€ 1.945.819,65
6) Per materie prime, sussidiarie di consumo e di merci	-€ 31.553,49	-€ 38.768,37
7) Per servizi	-€ 305.103,15	-€ 240.407,55
8) Per godimento di beni di terzi	-€ 222.692,19	-€ 201.381,03

9) Per il personale	-€ 1.423.477,35	-€ 1.315.204,03
10) Per Ammortamenti e Svalutazioni	-€ 52.614,32	-€ 69.118,08
14) Oneri diversi di gestione	-€ 88.262,77	-€ 80.940,59
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	-€ 4.011,64	-€ 4.234,03
16) Altri proventi finanziari	€ 6,62	€ 11,86
17) Interessi e altri oneri finanziari	-€ 4.018,26	-€ 4.245,89
20) Imposte sul redd. dell'es., corr., diff. e ant.	-€ 11.190,00	-€ 9.592,00
UTILE DELL'ESERCIZIO	€ 9.174,52	€ 5.080,89

	PA	PRIVATI	TOTALE
RICAVI DA VENDITE	€ 93,33	€ 2.124.526,95	€ 2.124.620,28
CONTRIBUTI E ALTRI RICAVI	€ 10.390,44	€ 13.068,71	€ 23.459,15
TOTALE	€ 10.483,77	€ 2.137.595,66	€ 2.148.079,43
	0,49%	99,51%	100,00%

6.2) SEGNALAZIONI DA PARTE DEGLI AMMINISTRATORI DI EVENTUALI CRITICITÀ EMERSE NELLA GESTIONE ED EVIDENZIAMENTO DELLE AZIONI MESSE IN CAMPO PER LA MITIGAZIONE DEGLI EFFETTI NEGATIVI

Non si evidenziano particolari criticità emerse nella gestione se non le conseguenze, non determinanti al fine della continuità dell'attività della cooperativa, della problematica generale della carenza di medici in sostituzione dei medici pensionandi. La cooperativa ha provveduto, anche in accordo con le Ulss di riferimento, all'attivazione di interventi di miglioramento delle strutture e di integrazione organizzative tra i vari gruppi al fine di sopperire alle suddette difficoltà e incentivare l'inserimento di nuovi medici.

7) ALTRE INFORMAZIONI

INFORMAZIONI	
INDICAZIONI SU CONTENZIOSI/CONTROVERSIE IN CORSO CHE SONO RILEVANTI AI FINI DELLA RENDICONTAZIONE SOCIALE;	Non si rilevano contenziosi o controversie in corso.

ASSEMBLEE DEI SOCI		
DATA	ORDINE DEL GIORNO	PRESENZE
25/05/2022	<ol style="list-style-type: none">1. Presentazione e analisi del bilancio relativo all'esercizio chiuso al 31.12.2021;2. Approvazione del bilancio relativo all'esercizio chiuso al 31.12.2021: delibere inerenti e conseguenti.3. Varie ed eventuali;	N. 33 SOCI (RAPPRESENTANTI IL 45% DELLA BASE SOCIALE)

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE		
DATA	ORDINE DEL GIORNO	PRESENZE
19/01/2022	<ol style="list-style-type: none">1.1.1. Definizione dell'organigramma aziendale;1.1.2. Conferimento deleghe e poteri ai membri della Direzione;1.1.3. Definizione dell'assetto organizzativo per l'anno 2022;1.1.4. Ammissione e recesso soci.	8/8
31/03//2022	<ol style="list-style-type: none">1. Presentazione ed approvazione del progetto di bilancio relativo all'esercizio chiuso al 31.12.2021;2. Convocazione dell'Assemblea Ordinaria dei Soci per l'approvazione del bilancio 2021;3. Ammissione soci.	8/8
27/06/2022	<ol style="list-style-type: none">1. Fornitore telefonia e autonomia decisionale dei singoli gruppi;2. Analisi dei criteri di investimenti della cooperativa, a cura di Gianni Zulian;3. Aggiornamento sull'incontro coi referenti medici svoltosi in data 08/06/2022, a cura di Claudia Zoncheddu;4. Prospettive future: nuovi modelli organizzativi, ruolo degli infermieri e del personale di studio;5. Ammissione soci.	6/8
19/09/2022	<ol style="list-style-type: none">1. Spese chiusura sede periferica Arcugnano;2. Richiesta di indennizzo ex segretaria Longhin Cinzia;3. Richiesta di una riunione rivolta a soci e non per "spiegare " cos'è la cooperativa;4. Ammissione soci;5. Varie ed eventuali.	8/8

20/10/2022	1.Spese chiusura sede periferica Arcugnano; 2.Dimissioni coordinatore infermieristico Barbara Lupazzi; 3.Crisi personale infermieristico; 4.Ammissione a soci; 5.Varie ed eventuali.	6/8
22/11/2022	1.Richiesta di accordo extragiudiziale da parte dell'ex assistente di studio Cinzia Longhin, delibere conseguenti; 2.Definizione ed approvazione del questionario propedeutico alla realizzazione della formazione rivolta ai i soci; 3.Applicazione iva ai fruitori non soci; 4.Ammissione soci; 5.Varie ed eventuali.	5/8
29/12/2022	1.Ammissioni soci.	8/8

Legale Rappresentante

Vicenza, 30/03/2023

Valle Paola

La sottoscritta, Valle Paola nata a Vicenza (VI) il 27/10/1974, dichiara, consapevole delle responsabilità penali previste ex art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di falsa o mendace dichiarazione resa ai sensi dell'art. 47 del medesimo decreto, che il presente documento è stato prodotto mediante scansione ottica dell'originale analogico e che ha effettuato con esito positivo il raffronto tra lo stesso e il documento originale ai sensi dell'art. 4 del D.P.C.M. 13 novembre 2014."