

# Bilancio Sociale 2023

Indice:

Premessa

- 1 – Metodologia adottata
- 2 – Informazioni generali sull'ente: anagrafica, missione, credits
- 3 – Struttura di governo e amministrazione
- 4 – Persone che operano per l'ente
- 5 – Obiettivi e Attività svolte
- 6 – Situazione economico finanziaria
- 7 – Altre informazioni
- 8 – Monitoraggio svolto dall'organo di controllo

## Premessa

Con uno specifico Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali "Adozione delle Linee guida per la redazione del bilancio sociale degli Enti del Terzo Settore" il 04.07.2019 sono state pubblicate le Linee guida per gli ETS (Enti del Terzo Settore). Fondazione Speranza onlus rientra nel novero degli ETS, anche se non ancora iscritta al RUNTS – in attesa di decreto specifico per le onlus - e le disposizioni citate risultano di interesse in quanto, come previsto al punto, dell'allegato tecnico al D.L. "... sono tenuti alla redazione del bilancio sociale i seguenti enti del Terzo Settore: gli enti del Terzo Settore con ricavi, rendite, proventi o entrate comunque denominate superiori ad 1 milione di euro (art.14, comma 1 decreto legislativo n. 117/2017).

Il Bilancio Sociale è 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 e 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».

In questo modo il bilancio sociale si propone di:

- fornire a tutti gli stakeholders un quadro complessivo delle attività, della loro natura e dei risultati dell'ente;
- aprire un processo interattivo di comunicazione sociale;
- 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;
- 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» creato nell'esercizio e la sua ripartizione.

Le "Linee guida per la redazione del bilancio sociale degli Enti del Terzo Settore" intervengono su alcuni principi di redazione del bilancio sociale:

- **completezza**: vanno identificati tutti i principali stakeholder e, quindi, inserite solamente 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 le valutazioni e le decisioni degli stakeholder;



- **rilevanza:** inserire senza omissioni tutte le informazioni utili ad una valutazione da parte degli stakeholder;
- **trasparenza:** vanno chiariti i criteri utilizzati per rilevare e classificare le informazioni;
- **neutralità:** le informazioni vanno rappresentate in modo imparziale, documentando quindi aspetti positivi e negativi;
- **competenza di periodo:** vanno documentati attività e risultati dell'anno di riferimento;
- **comparabilità:** vanno inseriti, per quanto possibile, dati che consentano il confronto temporale (come un certo dato varia nel tempo) e spaziale (confrontando il dato con quello di altri territori o enti)
- **chiarezza:** è necessario un linguaggio accessibile anche a lettori privi di specifica competenza tecnica;
- **veridicità e verificabilità:** va fatto riferimento alle fonti utilizzate;
- **attendibilità:** è necessario evitare sovrastime o sottostime e presentare dati incerti come se fossero certi;
- **autonomia:** laddove sia richiesto a soggetti terzi di collaborare alla redazione del bilancio, ad essi va garantita autonomia e indipendenza nell'esprimere giudizi.

Accanto a tali principi, le linee guida individuano i contenuti minimi che ciascun bilancio sociale deve contenere, definendo così la struttura dei capitoli che lo compongono, ossia:

- **metodologia adottata:** criteri di redazione del bilancio ed eventuale modifica dei criteri rispetto agli anni precedenti;
- **informazioni generali sull'ente:** anagrafica, area territoriale e ambito di attività, missione, relazione con altri enti e informazioni sul contesto di riferimento;
- **governance:** dati su base sociale e sistema di governo e di controllo dell'ente, aspetti relativi alla democraticità interna e alla partecipazione, identificazione degli stakeholder;
- **persone:** consistenza e dati di dettaglio su lavoratori e volontari, contratti di lavoro adottati, attività svolte, struttura dei compensi e modalità di rimborso ai volontari. In particolare, sono previste forme di pubblicità specifica per i compensi ad amministratori e dirigenti;
- **attività:** informazioni quantitative e qualitative sulle attività realizzate, sui destinatari diretti e indiretti e per quanto possibile sugli effetti, indicando il raggiungimento o meno degli obiettivi programmati e i fattori che ne hanno facilitato o reso difficile il conseguimento. Vanno indicati gli elementi che rischiano di compromettere il raggiungimento delle finalità dell'ente e le azioni messe in atto per contrastare tale evenienza;
- **situazione economica e finanziaria:** provenienza delle risorse economiche, con separata indicazione dei contributi pubblici e privati, informazioni sulle attività di raccolta fondi, eventuali criticità gestionali e azioni intraprese per mitigarle;
- **altre informazioni:** contenziosi, impatto ambientale (se pertinente), informazioni su parità di genere, rispetto dei diritti umani, prevenzione della corruzione;
- **monitoraggio svolto dall'organo di controllo:** modalità di effettuazione ed esiti.

## **1 – Metodologia adottata**

Adozione delle Linee Guida per la redazione del Bilancio Sociale degli enti del Terzo Settore ai sensi dell'art.14, comma 1, D.lgs. N° 117/2017.

Fondazione Speranza onlus dal suo nascere ha prodotto un Bilancio Sociale quale strumento di informazione e trasparenza e per mettere a disposizione degli stakeholder (lavoratori, associati, cittadini, pubbliche amministrazioni, ecc.), informazioni circa le attività svolte e i risultati sociali conseguiti dall'ente.

Il Bilancio Sociale viene pubblicato sul sito istituzionale [www.centroriabilitativo.org](http://www.centroriabilitativo.org) e presentato al socio Uildm Verona OdV, da cui la fondazione è sorta. Estratto, in sintesi, viene pubblicato sulla rivista periodica dell'associazione "Noi insieme".

Fondazione Speranza ha un sistema interno di rilevazione dati (GESPE – Gestionale Speranza) da cui, al termine dell'anno, può estrarre tutti i contenuti dei servizi erogati. Cura l'ascolto dei propri pazienti e del personale impiegato attraverso due diverse rilevazioni annuali, quest'anno condotte a gennaio 2024 con un questionario specifico per Pazienti e per Operatori ed inseriti nel sistema di Accredimento istituzionale. L'edizione del Bilancio Sociale 2024 è un documento che consolida le edizioni precedenti.

## **2 – Informazioni generali sull'ente**

### **2.1 Anagrafica**

Fondazione Speranza onlus  
Via Berardi, 51  
37139 VERONA  
Tel 045/8101650 – Fax 045/8101655  
CF 93235800237

Costituita per iniziativa dell'Associazione Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare di Verona (UILDM Verona OdV), quale Fondazione di diritto privato, senza fini di lucro.

Elementi identificativi che hanno portato alla costituzione della fondazione:

- UILDM Verona OdV è costituita in forma giuridicamente autonoma quale evoluzione della UILDM Sezione di Verona, articolazione territoriale della UILDM Nazionale (Unione Italiana Lotta alle Distrofie Muscolari) sorta il 17.5.1971 e nel 1972 ottenne la prima convenzione con il Ministero della Sanità per l'erogazione di trattamenti riabilitativi;
- UILDM Verona OdV è della Sezione originaria ne è la continuazione e l'erede, per quel che riguarda la storia, la missione, le finalità ed i valori ispirati alla solidarietà, al volontariato, alla partecipazione civile;

- UILDM Verona OdV, per osservare la nota della Regione Veneto che in data 20 giugno 2011, prot. n. 294124, confermava l'iscrizione dell'Associazione "UILDM Verona onlus" al Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato al n. VR0059 a condizione, tra l'altro, che le attività del Centro Ambulatoriale di Riabilitazione svolte dalla predetta associazione fossero gestite da altro soggetto giuridico, ha inteso addivenire alla costituzione di una Fondazione di partecipazione, costituita ai sensi degli articoli 14 e seguenti del C.C. e qualificata come Altro Ente del Terzo Settore, quale nuovo soggetto giuridico cui demandare la gestione delle attività e dei servizi riabilitativi e/o comunque altri servizi a rilevanza economica e non, dei settori sopra indicati;
- UILDM Verona OdV delibera di costituire un nuovo soggetto giuridico che viene denominato Fondazione Speranza onlus ed è stata costituita mediante atto pubblico n. 137231 rep. notaio Quaratino, registrato presso l'Agenzia delle Entrate di Verona 1 in data 22 maggio 2012 al n. 9455 serie 1T, successivamente integrato per atto in data 28 agosto 2012, n. 137508 rep. notaio Quaratino, registrato presso l'Agenzia delle Entrate di Verona 1 in data 3 settembre 2012 al n. 16211 serie 1T, secondo le richieste pervenute dalla Direzione Regionale del Veneto - Agenzia delle Entrate;
- Fondazione Speranza onlus è stata iscritta all'anagrafe unica delle Onlus con effetto dal 25.09.2012, con provvedimento prot. n. 45.724 del Direttore Regionale del Veneto della Agenzia delle Entrate;
- Fondazione Speranza onlus, con Decreto n. 255 della Giunta Regionale del Veneto in data 12 febbraio 2013, è iscritta al n. 707 del Registro Regionale delle Persone Giuridiche di diritto privato. In data 20 dicembre 2013, con atto notarile di Conferimento in fondo di dotazione, Uildm Verona ha trasferito il Centro di Riabilitazione per le malattie neuromuscolari alla Fondazione Speranza onlus a far data dal 1° gennaio 2014.

## 2.2 Missione

Fondazione Speranza onlus opera nella provincia di Verona con continuità di servizio avviato dall'associazione.

Il Centro Ambulatoriale di Riabilitazione è una struttura ex art. 26 legge 833/78 accreditata al Servizio Sanitario Nazionale (struttura sanitaria classificata "B/C4 - Centri e presidi di riabilitazione funzionale di disabili psichici, fisici e sensoriali - prevalenza parte ambulatoriale") per effetto dell'art. 17, 3° comma, della Legge regionale 3/96 e opera dal 1972 nel territorio della provincia di Verona in ottemperanza a quanto previsto dalle linee guida per le attività di riabilitazione del Ministero della Sanità del 07/05/1998, recepite dalla Regione Veneto e descritte nella DG. 253/2001.

## 2.3 Crediti

Dal 2014 la Fondazione gestisce direttamente il Centro Ambulatoriale di Riabilitazione.

Con Decreto Dirigenziale n. 23 del 17.01.2024, la Regione ha provveduto alla conferma **dell’Autorizzazione all’esercizio** del Centro e presidio di riabilitazione funzionale di disabili psichici, fisici e sensoriali ex art. 26 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978, denominato “Centro ambulatoriale di riabilitazione Fondazione Speranza onlus”, gestito da “Fondazione Speranza onlus”, con sede operativa in via Berardi n. 51, Verona (VR). L.R. 22/2002.

Con Decreto Dirigenziale 548 del **09.05.2023** la Regione Veneto ha provveduto alla **conferma dell’Accreditamento istituzionale** ai sensi della L.R. n. 22 del 16 agosto 2002, quale soggetto titolare di struttura sanitaria private - presidi ex art. 26, legge n. 833 del 23 dicembre 1978 (class. BC4).

## 2.4 Sede

Dal 1993 il Centro ha sede nell’edificio di Via Berardi n. 51, all’interno del parco di Villa Pullé di Chievo, in un contesto ambientale estremamente gradevole, dotato di spazi verdi esterni e funzionali e adeguati parcheggi.

Grazie ad un paio di contributi della Fondazione Cariverona, la sede è stata oggetto di ristrutturazione e ampliamento, che ha tenuto conto di tutti i criteri per l’eliminazione delle barriere architettoniche.

Ad oggi dispone quindi di spazi che la qualificano sia per le esigenze amministrative e sanitarie che per offrire agli utenti ambienti godibili e fruibili per le varie attività ivi organizzate. La struttura comprende:

- sale d’attesa;
- locali adibiti ad uffici ed amministrazione;
- studio dello psicologo e dell’assistente sociale;
- n. 3 ambulatori;
- n. 5 locali riabilitativi;
- sala riunioni attrezzata con mezzi audiovisivi;
- ampio locale multiuso per attività sociali;
- n. 2 ascensori con accesso adeguato;
- adeguati servizi igienici sui due piani utilizzati.

## 2.5 Collegamento con altri enti

Fondazione Speranza onlus, attraverso il Centro Ambulatoriale di Riabilitazione si relaziona con il Coordinamento Veneto dei Centri Riabilitativi ex art. 26 per un rafforzamento dei rapporti con la Regione del Veneto al fine di poter ottimizzare la gestione organizzativa e finanziaria dei servizi riabilitativi.



### 3. Struttura di governo e amministrazione

#### 3.1 Organi

Gli organi statutari sono:

- il Presidente,
- il Consiglio di Amministrazione,
- il Revisore Unico.

Le cariche si rinnovano ogni tre anni a cura del socio unico UILDM Verona OdV.

Il Consiglio Direttivo di UILDM Verona OdV ha nominato, in data 15.12.2022, gli organi sociali: il presidente, i membri del Consiglio di Amministrazione ed il Revisore di Fondazione Speranza onlus nelle persone di:

Gennaro Stammati nato a Napoli il 15.03.1945 STMGNR45C15F8390 e residente a Verona, in via Querini n. 5 quale Presidente.

Enrico Cascella nato a Padova il 04.02.1953 C.F. CSCNRC53B04G224U e residente a Negra (VR), in via Valfiorita n. 22, quale Membro del CdA.

Elena Perazzani nata a Tregnago (VR) il 17.12.1976 C.F. PLZLNE76T57E512E e residente a Legnago (VR), in via Trento n. 28, quale Membro del CdA.

Stefano Bianchi Carini nato a Firenze il 17.03.1953 C.F. BNCSFN53C17D612V e residente a Verona, in vicolo S. Silvestro n. 1, quale Revisore Unico.

Il Presidente pro-tempore funge anche da Direttore Generale del Centro.

Il Consiglio di Amministrazione pianifica gli obiettivi politico strategici, approva la programmazione annuale, individuando gli indicatori generali di risultato. È titolare delle decisioni conseguenti il controllo strategico, le cui funzioni di controllo sono affidate al Revisore Unico, volto a valutare l'adeguatezza delle scelte programmatiche sulla base dell'efficacia ed efficienza nel raggiungimento degli obiettivi.

Al Presidente, legale rappresentante della Fondazione, e al Consiglio di Amministrazione è affidata la gestione dell'attività della Fondazione, essi assumono le determinazioni di spesa sul bilancio economico preventivo annuale. Sono responsabili dei procedimenti, ai termini della normativa legislativa, regolamentare e contrattuale vigente, nonché della valutazione delle prestazioni erogate.

Gli obiettivi dell'attività del Centro di Riabilitazione sono affidati al Riesame della Direzione formato dal Legale rappresentante, Direttore Sanitario, Segretario e rappresentante della Segreteria Sanitaria. Attraverso un incontro annuale viene effettuata una verifica e poi la riprogrammazione delle attività.

Il Revisore Unico del Conti esercita il controllo sulla gestione contabile, finanziaria ed economica del Centro di Riabilitazione, predispone la relazione di accompagnamento al bilancio ed attesta la corrispondenza del rendiconto alle risultanze contabili della gestione; formula rilievi, valutazioni e proposte.



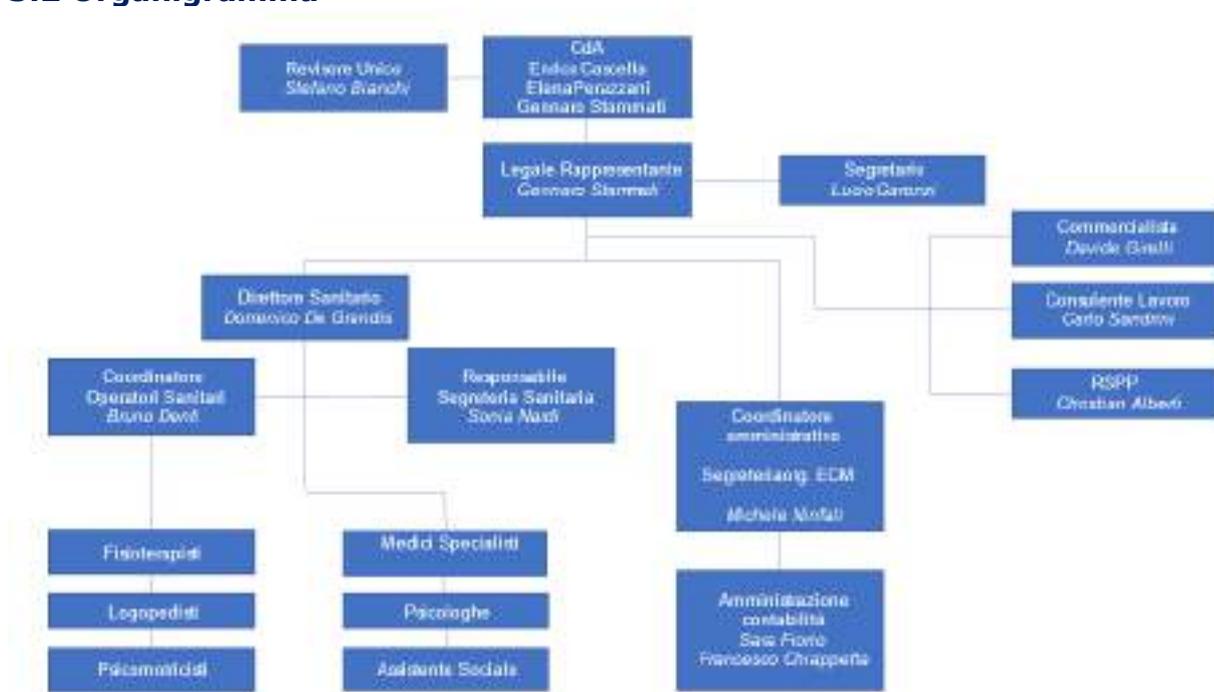
Gli amministratori di Fondazione Speranza onlus sono volontari e non percepiscono emolumenti. Lo Statuto all'art. 9 prevede "Organi della Fondazione. Sono organi della Fondazione: A. il Presidente della Fondazione; B. il Consiglio di Amministrazione; C. il Collegio dei Partecipanti; D. il Revisore Unico. Tutte **le cariche sociali sono gratuite, ad eccezione del Revisore Unico.**"

Nel 2023 sono stati effettuati rimborsi spesa viaggi ad un amministratore.

Non sussistono procedimenti in corso agli Amministratori.

Vi è un unico dirigente in organigramma: il Direttore Sanitario che nel 2023 ha ricevuto un compenso lordo di € 24.000,00.

### 3.2 Organigramma



### 3.3 Funzionigramma

#### 1. PRESIDENTE – LEGALE RAPPRESENTANTE

##### Funzione generale

È responsabile dell'attività della Fondazione. Ha funzioni di rappresentanza rispetto ai soggetti istituzionali del proprio territorio e bacino di utenza.

##### Compiti

- pianifica gli obiettivi, le politiche, le strategie e rende disponibili le risorse;
- impartisce direttive ed è responsabile delle attività amministrative generali;
- dirige e coordina, nell'osservanza delle normative e disposizioni, le attività;
- firma ed è responsabile degli atti amministrativi relativi all'attività della struttura;
- decide gli investimenti da effettuare relativamente ai progetti da attivare, in applicazione a quanto approvato nel bilancio preventivo;



- nomina le funzioni che compongono l'organigramma aziendale, in applicazione a quanto approvato dal Consiglio di Amministrazione;
- esercita controlli e verifiche periodiche dell'attuazione della programmazione, con l'apporto professionale del Direttore Sanitario;
- cura i rapporti con il territorio per promuovere interazioni fra soggetti esterni e istituzionali.

## 2. DIRETTORE SANITARIO

### *Funzione generale*

Coordina le attività sanitarie ed è tenuto a:

- pretendere il rispetto delle sfere di competenza professionale dei singoli operatori della struttura, con particolare riferimento agli atti di competenza del medico;
- verificare che la pubblicità sanitaria effettuata dalla struttura sia conforme alla normativa.

### *Compiti*

- svolge le funzioni di coordinatore clinico;
- registra, trascrive e archivia i referti;
- è responsabile sotto il profilo igienico sanitario della struttura;
- è responsabile in materia di sicurezza dei pazienti;
- è responsabile in materia di pubblicità sanitaria;
- è responsabile della corretta tenuta delle schede sanitarie (cartelle cliniche);
- rispetta le norme di tutela degli operatori contro i rischi derivanti da specifiche attività;
- controlla le attività di supporto ed in particolare quelle di disinfezione e di sterilizzazione;
- è responsabile della tenuta dei farmaci;
- deve vigilare sull'applicazione del consenso informato ai trattamenti sanitari;
- è responsabile in materia di rifiuti;
- è responsabile degli adempimenti relativi al ruolo ricoperto in merito all'autorizzazione e accreditamento sanitario.
- è responsabile del regolare funzionamento delle apparecchiature diagnostiche e terapeutiche installate nel complesso sanitario;
- è responsabile del rispetto delle norme di tutela degli operatori contro i rischi derivanti da specifiche attività;
- opera azione di vigilanza sull'applicazione delle vigenti disposizioni in materia di presidi diagnostici, curativi e riabilitativi;
- comunica ogni variazione dei locali, delle attrezzature e la cessazione del proprio incarico.

## 3. COMITATO SCIENTIFICO FORMAZIONE ECM

### *Funzione generale*

Il Comitato rappresenta il momento di confronto e valutazione congiunta sullo sviluppo del Programma annuale. Esso ha lo scopo di consentire una verifica continua dello stato di avanzamento della programmazione in maniera partecipata e condivisa da tutti gli attori coinvolti nella sua realizzazione.



### *Compiti*

- Predisporre per il Presidente le proposte formative da inserire nel piano formativo ed una Relazione annuale sulle attività con le proprie considerazioni di indirizzo.
- Garantisce il possesso delle competenze clinico assistenziali tecniche e scientifiche dell'organizzazione.
- Garantisce il possesso di competenze andragogiche dell'organizzazione.
- Partecipa alla stesura e valida la pianificazione e progettazione annuale.

## 4. COORDINATORE OPERATORI SANITARI (COOPSAN)

### *Funzione generale*

Coordinare il servizio svolto dagli operatori sanitari (fisioterapisti, infermieri, psicomotricisti e logopedisti) e rapportarsi con il Direttore Sanitario ed il Coordinatore risorse umane sanitarie.

### *Compiti*

- collabora con i componenti dell'équipe riabilitativa (fisiatra, pneumologo, psicologo, assistente sociale, neurologo) durante la loro presenza in sede;
- cura gli incarichi agli operatori sanitari e mappa le risorse professionali disponibili a livello territoriale con evidenza di specializzazioni particolari;
- supporta i rappresentanti della Fondazione Speranza Onlus per le procedure per l'Autorizzazione all'esercizio e l'Accreditamento istituzionale;
- partecipa ai gruppi di lavoro per progetti interni al Centro Ambulatoriale di Riabilitazione;
- partecipa, quale membro alla Commissione Scientifica, alle attività formative accreditate ECM;
- svolge attività di collaborazione con il personale amministrativo e di segreteria per l'organizzazione del lavoro svolto.

## 5. RESPONSABILE SEGRETERIA SANITARIA

### *Funzione generale*

Nel quadro di indirizzi dell'ente e del Direttore Sanitario cura la segreteria sanitari con relazioni front office con pazienti e care giver e cura il back office.

### *Compiti*

- cura i servizi generali e accoglienza ed informazione al pubblico;
- tiene l'anagrafica dei pazienti e la segreteria del Direttore Sanitario;
- cura la segreteria dell'équipe medica (organizzazione visite mediche, assistenza al medico nella predisposizione di: relazioni di visita, piani di trattamento, prescrizioni di ausili; gestione documentazione prime visite, conservazione ed archiviazione - sotto la vigilanza del Direttore sanitario - delle cartelle cliniche; tenuta contatti con i pazienti e le loro famiglie relativamente ai rapporti con i medici);
- predisporre gli incarichi trattamenti riabilitativi degli operatori sanitari — come indicato dal COOPSAN — in base al piano di trattamento predisposto;
- aggiorna i dati anagrafici e sensibili e registra le impegnative delle visite effettuate nei tracciati record inviati mensilmente all'Aulss.



## 6. COORDINATORE AMMINISTRATIVO

### *Funzione generale*

Dotato di competenze tecniche di gestione amministrativa e di capacità relazionali con consulenti amministrativi esterni è la funzione dedicata al Coordinamento del personale amministrativo, tiene i rapporti con gli organi e nei seguenti campi di attività:

### *Compiti*

#### *In ambito amministrativo:*

- cura gli approvvigionamenti e rapporti con i fornitori.
- Supporta i rappresentanti della Fondazione Speranza Onlus in particolare per le procedure per l'Autorizzazione all'esercizio e l'Accreditamento istituzionale.

#### *In ambito tecnico-sanitario:*

- Collabora con il Responsabile Scientifico per l'organizzazione di eventi ECM;
- collabora nel mantenimento l'accreditamento ECM Regionale come Provider della Fondazione Speranza Onlus e responsabile della Segreteria Organizzativa ECM.

## 4. Persone che operano per l'ente

### **4.1 Personale Collaboratore**

Fondazione Speranza onlus opera con personale a contratto: dipendente, Cococo, libera professione. Il personale dipendente ha il CCNL UNEBA. I dipendenti sono 6, mentre la maggior parte, il 91,2% opera quale autonomo. Complessivamente collaborano per la Fondazione Speranza onlus **73 persone** (1 persona in più rispetto al 2022).

Non ha volontari, impiegati in ambito sanitario, in quanto le attività professionali convenzionate sono svolte tutte da professionisti del settore. I volontari sono presenti nell'associazione Uildm Verona OdV, con cui vi è lo stretto legame, e si occupano esclusivamente di attività sociali e di raccolta fondi

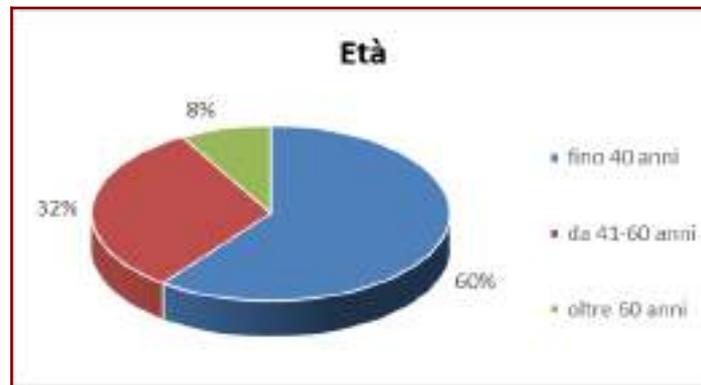
Femmine	44	60%
Maschi	29	40%

Solo l'11% del personale è a tempo pieno o quasi, mentre per il 65,8% la presenza è di meno di 10 ore settimanali.

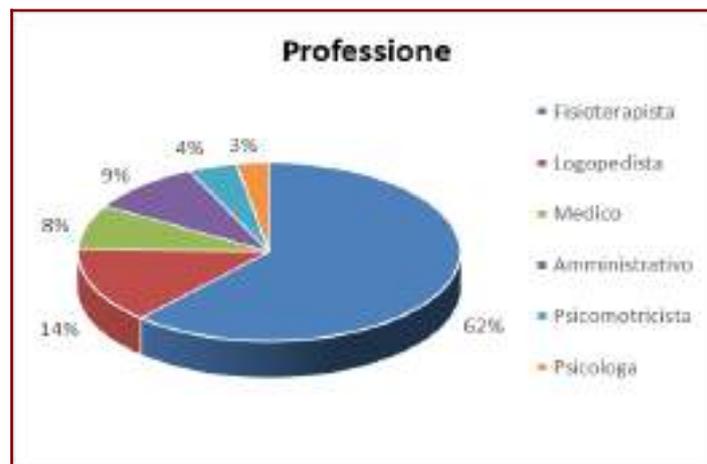
Il 71,2% opera come libero professionista o lavoratore autonomo (per le figure professionali in cui non è prevista l'iscrizione ad albo professionale), il 20,5% Cococo e solo l'8,2% è personale dipendente (prevalente nell'ambito amministrativo).



Il 60% del personale ha meno di quarant'anni e solo l'8% supera i 60 anni.



Il 62% dei collaboratori è Fisioterapista e le altre figure professionali tranne un 9,6% di amministrativi, sono di natura sanitaria: logopedista, medico, psicologo, psicomotricista.





## 4.2 Aggiornamento professionale

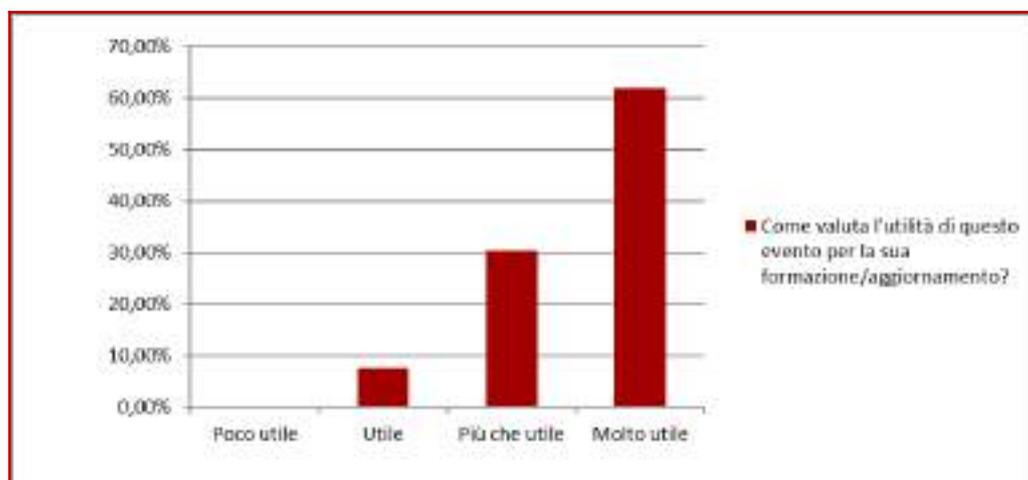
La Fondazione mantiene il costante impegno nel valorizzare il personale impiegato favorendo le professionalità coinvolte. L'aggiornamento professionale è un cardine dell'azione di qualità che il Centro e nel 2021 ha ottenuto **il rinnovo dell'Accreditamento "Standard regionale" ECM** con la deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda Zero della Regione Veneto n. 775 del 08.11.2021. Nel 2023 il Centro ha mantenuto il proprio impegno ed ha organizzato i seguenti corsi ECM:

Titolo	Data	Partec.	Crediti
1. Indicazione e percorsi per la prescrizione di ortesi, protesi e ausili tecnologici	24/03/2023	17	5.2
2. La valutazione neuropsicol. nelle patologie neuromuscolari a carattere evolutivo. Valutazione del profilo cognitivo nelle patologie evolutive	11/04/2023	13	6.4
3. Le terapie fisiche nelle malattie neuromuscolari	29/06/2023	6	3.9
4. Relazione tra paziente, famiglia e operatore sanitario: audit clinici	11/09/2023	15	5.2
5. La riabilitazione respiratoria nelle patologie neuromuscolari	10/11/2023	13	6.4
6. Interdipendenza tra respirazione e deglutizione nelle patologie neuromuscolari	04/12/2023	15	6.4

L'andamento dei corsi e dei partecipanti è stato costante nell'ultimo biennio, dopo la ripresa per il periodo con limitazioni legate alla prevenzione al Covid-19. Sei corsi realizzati per circa ottanta partecipanti nell'ultimo anno.

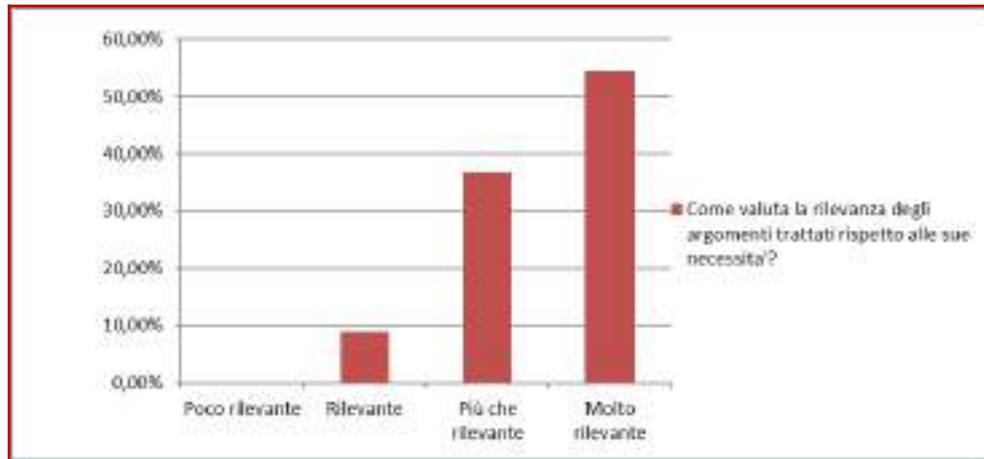
Anno	Corsi	Partecipanti	Crediti
2021	4	52	20,7
2022	6	87	32,1
2023	6	79	33,5

I risultati ottenuti, in merito agli apprendimenti ed alla soddisfazione dei partecipanti, hanno ripagato l'impegno che il sistema di accreditamento richiede. L'82,4% dei partecipanti ha dato quale valutazione **"Più che utile / Molto Utile"** l'offerta formativa ricevuta.





L'aggiornamento professionale è strategico al fine di garantire una qualità sempre costante del servizio con un riscontro positivo dei partecipanti. In merito alla rilevanza a dei corsi frequentati, rispetto alla professione esercitata, oltre il 91,4% ritiene "Molto rilevante" e "Più che rilevante" la formazione ricevuta.



### 4.3 Customer satisfaction

Tutto il personale sanitario viene incontrato annualmente per aggiornarlo in merito alle scelte che la Fondazione assume. Con l'occasione viene richiesto di formulare proposte migliorative dei servizi erogati che delle attività di aggiornamento. Viene raccolto un questionario relativo alla soddisfazione in merito al servizio svolto. Nel 2024, attraverso Google moduli, hanno risposto 41 persone, contro le 30 del 2022 e le 40 del 2023.

Sesso		
Femmine	26	63,4%
Maschi	15	36,6%
	41	

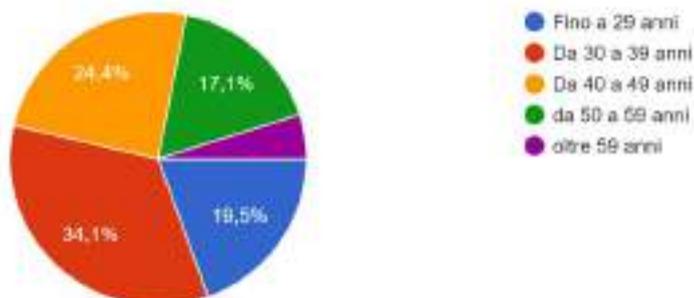
Qualifica professionale  
41 risposte



Negli anni il Centro ha rinnovato parte dei collaboratori beneficiando così sia dell'esperienza di chi opera da più anni con l'inserimento di energie giovani.

## Età

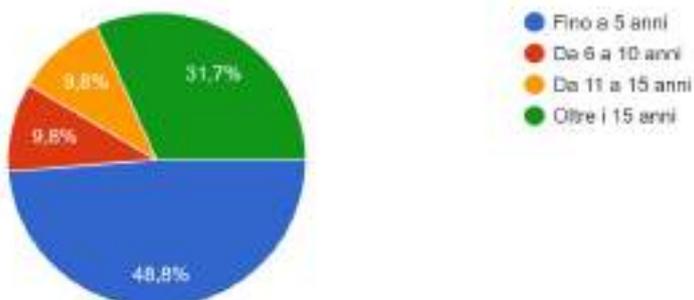
41 risposte



L'insieme dei collaboratori professionali sanitari ha una anzianità professionale elevata: una forza lavoro professionale e con esperienza.

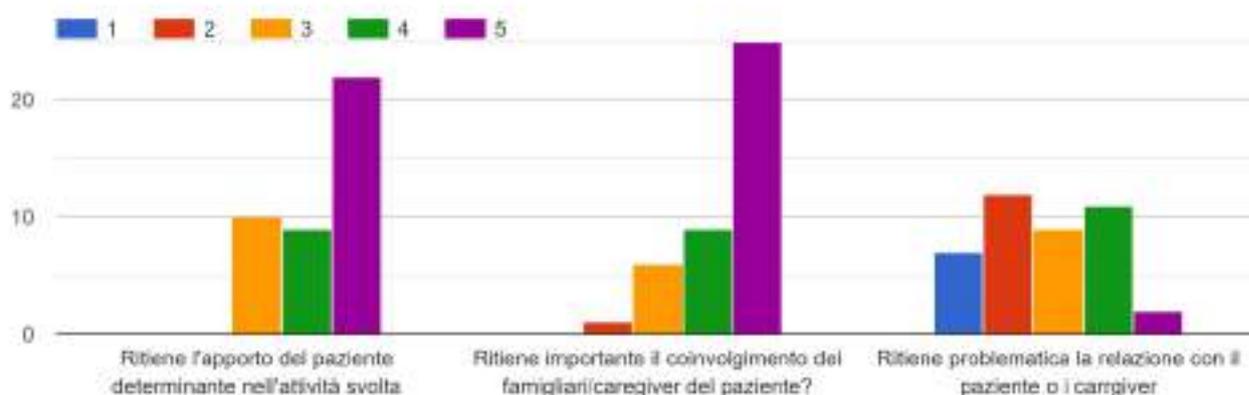
## Anzianità di servizio presso il Centro Fondazione Speranza

41 risposte



## Relazioni con gli utenti

valutazione su scala 1 (per niente) - 5 (molto)

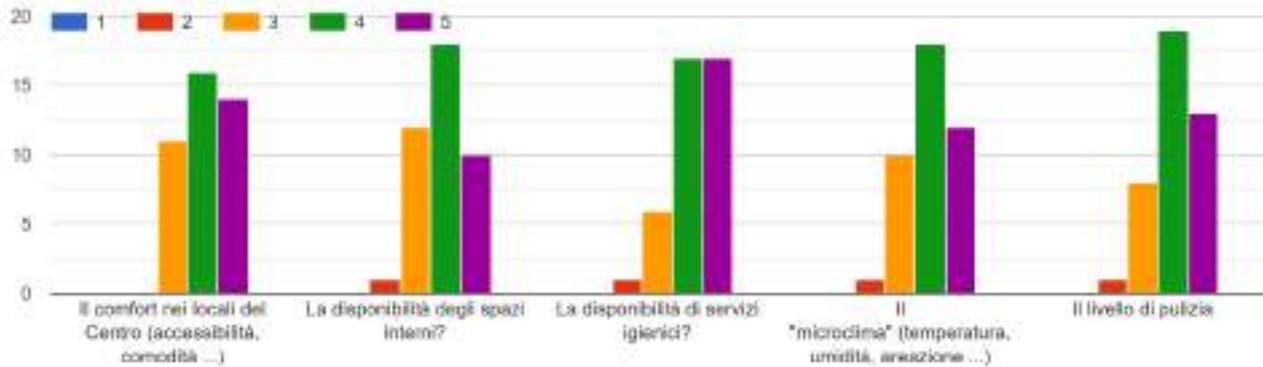




È ritenuta rilevante, per l'attività riabilitativa, l'intensità delle relazioni e della partecipazione dei pazienti e dei loro familiari. Non sempre risultano fluidi i rapporti e sono segnalate alcune problematiche su cui la struttura sta già lavorando.

Struttura: come valuta

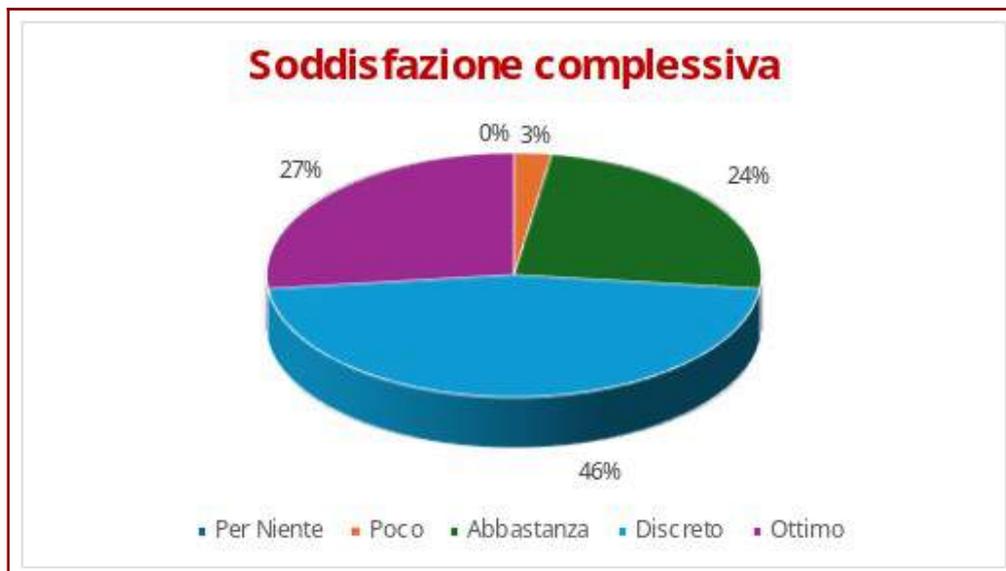
valutazione su scala 1 (per niente) - 5 (molto)



Buona la visione della struttura in termini di disponibilità di ambienti, pulizia, microclima e comfort.

Tutti gli operatori, sulla base della loro esperienza, consiglierebbero a terzi la struttura: una ottima valutazione.

Buono il rapporto con l'ente, solo 1 operatore lo ritiene ("Poco"), contro un 27% che lo valutano "Ottimo" ed un 46% "Discreto".





## 5 Obiettivi ed Attività svolte del 2023

Il Centro eroga prestazioni sanitarie di riabilitazione intensiva ed estensiva ed accoglie soggetti in età evolutiva e adulta affetti da patologie neuromuscolari (quali distrofie muscolari, atrofie muscolari, sclerosi laterale amiotrofica ecc.) e/o da altre malattie invalidanti. Per i pazienti accolti vengono predisposti piani di intervento individuali che tengano conto della persona con disabilità nella sua globalità.

L'ambulatorio è dedicato allo svolgimento delle valutazioni multiprofessionali che sottendono alla presa in carico ed alla verifica del progetto riabilitativo individuale, necessarie ad elaborare e verificare gli obiettivi ed il programma relativi ai progetti riabilitativi delle singole persone in assistenza.

Le malattie neuromuscolari sono di natura degenerativa e la medicina riabilitativa basata sull'evidence based medicine è l'unica arma in grado di ritardare e compensare parzialmente l'evoluzione clinica della malattia neuromuscolare e di recuperare per quanto possibile il paziente sotto l'aspetto psicologico-educativo, consentendogli una sufficiente autonomia, un adeguato inserimento e una soddisfacente integrazione sociale. Oggi in riferimento al modello classificativo delle disabilità e del funzionamento dell'OMS (ICF), gli interventi riabilitativi proponibili non possono modificare il processo morboso primitivo, né consentire di recuperare l'irrimediabilmente perso, ma contribuire a ridurre la disabilità agendo sulle complicitanze e ottimizzando le risorse residue.

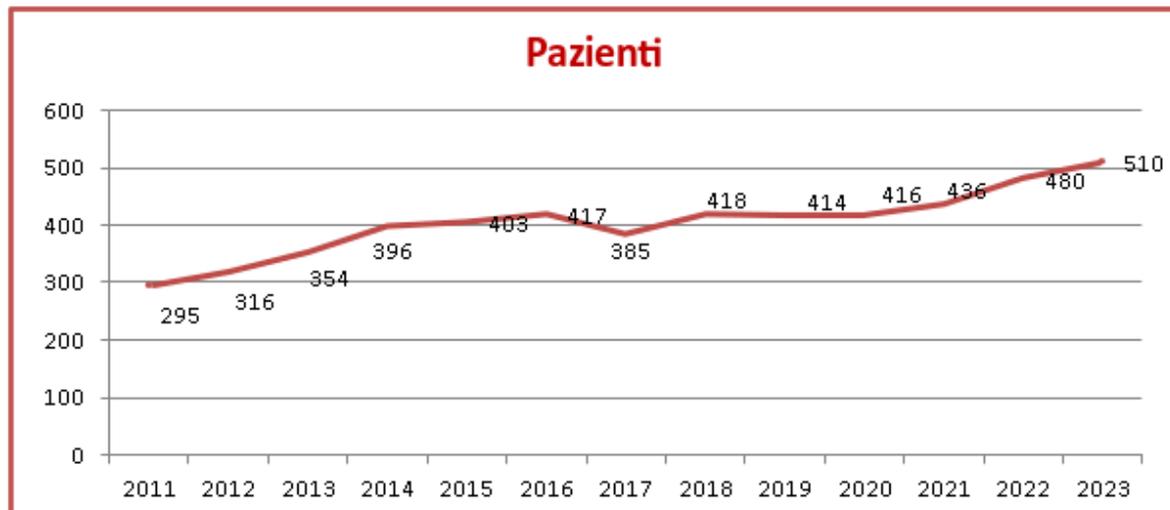
Si vogliono di seguito presentare alcuni dati statistici che possono meglio comprendere l'insieme delle prestazioni a favore delle **510 persone** con disabilità seguite dal Centro Riabilitativo nell'anno 2023. È il numero più alto di pazienti in carico al Centro da quando opera, con un incremento del 6,3% su base annua.

Nel 2023 è proseguito l'ampliamento della gamma di patologie assistite dal centro riabilitativo. Il Centro ha profuso un ampio sforzo con nuove prese in carico di pazienti, anche nuovi, che si sono rivolti alla struttura (85). I decessi (46) sono aumentati rispetto l'anno precedente.

	2022		2023	
Distrofie muscolari	106	22,1%	62	12,2%
SLA - Sclerosi Laterale Amiotrofica	55	11,5%	59	11,6%
Sclerosi Multipla	93	19,4%	101	19,8%
Atrofie muscolari spinali	16	3,3%	17	3,3%
Altre patologie	210	43,8%	271	53,1%
<b>Totale pazienti</b>	<b>480</b>		<b>510</b>	

### Provenienza pazienti

Aulss 09 Scaligera	510	100,00%
--------------------	-----	---------



### Suddivisione pazienti per tipologia

ASSISTITI		% SU TOTALE	IN VAM INV	IN VAM NON INV	TOT. INV	% IN VAM INVA	% IN VAM NON INVA	% IN VAM TOTALE
Distrofie muscolari	62	12,2%	18	7	25	29,0%	11,3%	<b>40,3%</b>
SLA - Sclerosi Laterale Amiotrofica	59	11,6%	18	7	25	30,5%	11,9%	<b>42,4%</b>
Sclerosi Multipla	101	19,8%	0	0	0	0,0%	0,0%	<b>0,0%</b>
Atrofie muscolari spinali	17	3,3%	7	3	10	41,2%	17,6%	<b>58,8%</b>
Altre patologie	271	53,1%	14	7	21	5,2%	2,6%	<b>7,7%</b>
<b>totale</b>	<b>510</b>	<b>100%</b>	<b>57</b>	<b>24</b>	<b>81</b>		<b>15,9%</b>	

\* altre patologie neuromuscolari, parkinson ecc

Il numero di prestazioni per ogni singolo paziente aumenta rimane pressoché stabile dal 2021: l'aumento delle prestazioni è legato all'aumento dei pazienti.



Importante il recupero delle prestazioni del 2023 (+ 9,3%) rispetto al 2022.

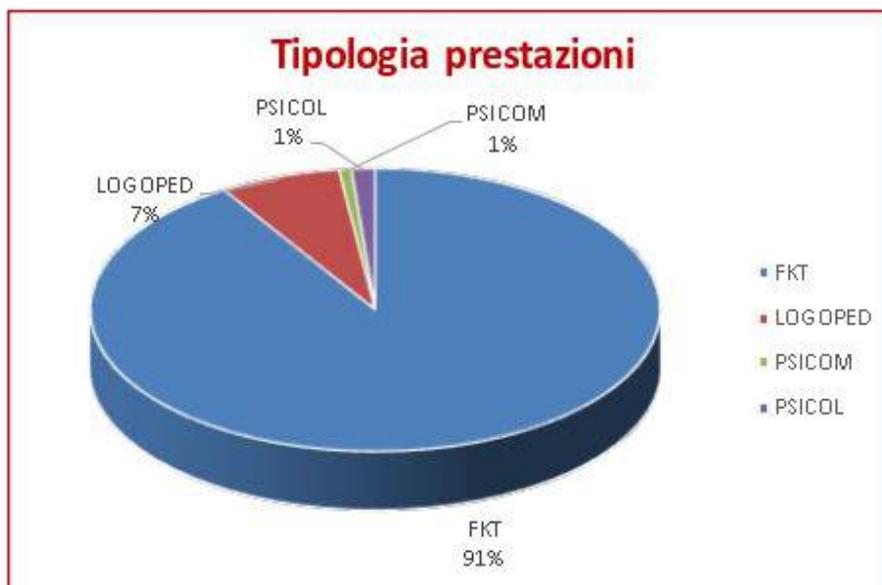
	2022		2023	
Distrofie muscolari	6.558	25,3%	3.791	13,4%
SLA - Sclerosi Laterale Amiotrofica	4.140	16,0%	3.973	14,0%
Sclerosi Multipla	4.078	15,7%	4.740	16,7%
Atrofie muscolari spinali	1.206	4,6%	1.257	4,4%
Altre patologie	9.969	38,4%	14.592	51,5%
<b>TOTALE</b>	<b>25.951</b>		<b>28.353</b>	

### Prestazioni erogate per gruppi di patologie:

patologie	FKT	LOGOPED	PSICOM	PSICOL	TOTALE	% TOTALE PREST.
Distrofie muscolari	3.547	100	96	48	3.791	13,4%
SLA - Sclerosi Laterale Amiotrofica	3.427	446	0	100	3.973	14,0%
Sclerosi Multipla	4.392	295	0	53	4.740	16,7%
Atrofie muscolari spinali	1.116	87	40	14	1.257	4,4%
Altre patologie	13.344	1017	67	164	14.592	51,5%
<b>TOTALE</b>	<b>25.826</b>	<b>1.945</b>	<b>203</b>	<b>379</b>	<b>28.353</b>	

\* altre patologie neuromuscolari, parkinson ecc

Dominano le prestazioni di fisioterapia, attività legata alla tipologia di patologie che l'ente gestisce.





Aumentate le prestazioni ambulatoriali a seguito di una scelta dell'ente, finché per i pazienti è possibile con gli spostamenti, di favorire le prestazioni presso la struttura.

Patologie	Ambul.	Dom.	Tot.	% PRESTAZIONI	
				Ambul.	Dom.
Distrofie muscolari	1.121	2.670	3.791	29,6%	70,4%
SLA - Sclerosi Laterale Amiotrofica	1292	2.681	3.973	32,5%	67,5%
Sclerosi Multipla	1663	3077	4.740	35,1%	64,9%
Atrofie muscolari spinali	99	1.158	1.257	7,9%	92,1%
Altre patologie *	5.636	8.956	14.592	38,6%	61,4%
<b>TOTALE</b>	<b>9.811</b>	<b>18.542</b>	<b>28.353</b>	<b>34,6%</b>	<b>65,4%</b>

\* altre patologie neuromuscolari, parkinson ecc

### Pazienti con SLA

361 sono i pazienti SLA presi in carico dal Centro di Riabilitazione dal suo sorgere e il numero annuale è tornato ad oscillare intorno ai 50/60 pazienti.

La Fondazione è inserita tra i Servizi di Riabilitazione Collegati con nota Regione Veneto 570578 del 31.12.2013 **nella Prescrizione di comunicatori per le persone affette da SLA.**





### 5.3 Customer satisfaction pazienti

In coerenza con quanto previsto per l'Accreditamento, il Centro ascolta il modo formale attraverso un questionario strutturato i pazienti. 132 pazienti pari al 28% delle persone in carico, in vita alla data di rilievo, hanno compilato il questionario su Google moduli (+ 20% rispetto al 2023). Per la maggior parte dei casi dal paziente stesso (66% contro un 33% aiutato da care giver). In generale, analizzando i vari item, vi è una soddisfazione buona del servizio offerto tanto che quasi tutti lo consiglierebbero ad altri (95,5%) e solo 1 non lo consiglierebbe. Vi è, nei vari item, sempre un paziente "scontento"

Sulla base della sua esperienza, consiglierebbe questo Centro Riabilitativo a conoscenti nelle sue stesse condizioni?

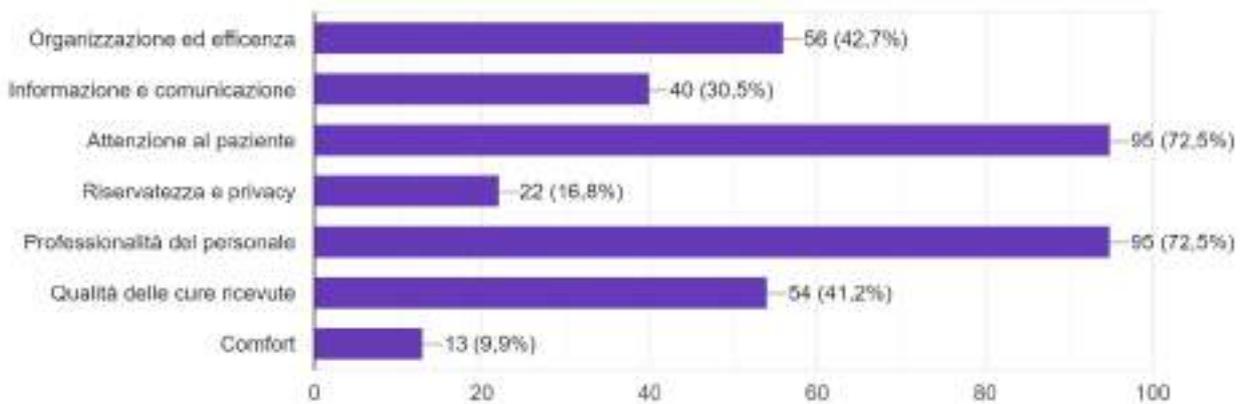
132 risposte



Ben il 99,2% segnala aspetti graditi nel servizio ricevuto e solo il 37% presenta alcune critiche (in crescita il numero dei pazienti critici rispetto all'anno precedente). In linea con gli anni precedenti, gli aspetti maggiormente graditi sono: l'"Attenzione al paziente", la "Professionalità del personale", "L'organizzazione ed efficienza" e la "Qualità delle cure ricevute".

Quali sono gli aspetti che ha gradito maggiormente? (possibili al massimo TRE risposte)

131 risposte

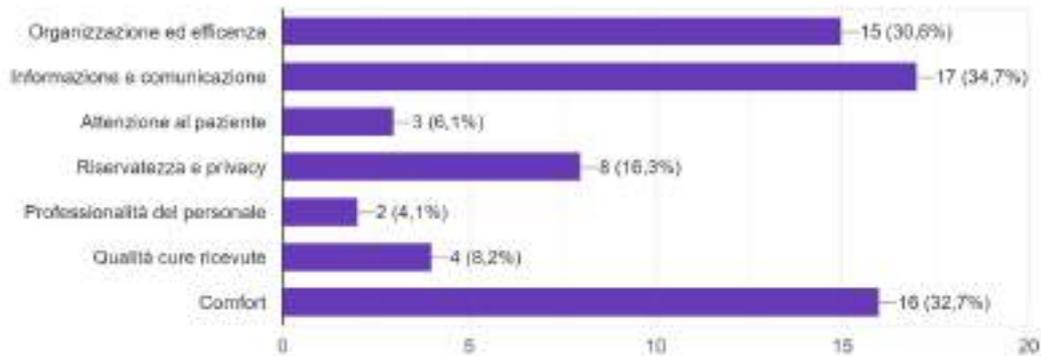




I pazienti che presentano critiche al servizio, occasione di miglioramento per il Centro, indicano: 17 pazienti denunciano difetti di "Informazione e comunicazione", 16 il "Comfort" e 15 l'"Organizzazione e l'efficienza".

Quali sono gli aspetti che ha gradito meno? (possibili al massimo TRE risposte)

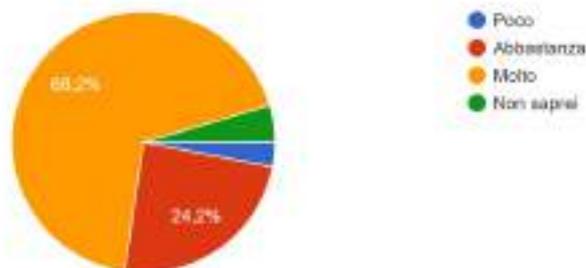
49 risposte



Alta la soddisfazione nel servizio di Prenotazione con il 68% molto soddisfatto e solo 4 pazienti dichiarano "Poco".

È soddisfatto del servizio di Prenotazione?

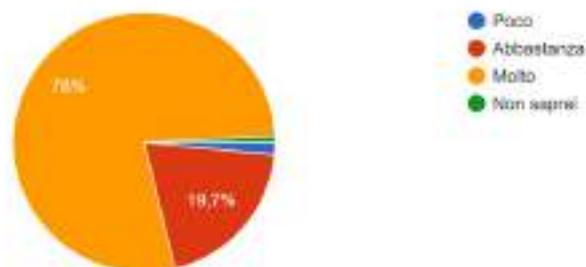
132 risposte



Ben il 78% (in linea con il 2023) dichiara che, a livello pratico, gli operatori sanitari hanno "Molto" soddisfatto le esigenze manifestate.

A livello pratico gli operatori sanitari (\*) hanno soddisfatto le sue esigenze? (\*) Fisioterapisti, logopedisti, psicologi, psicomotricisti

132 risposte



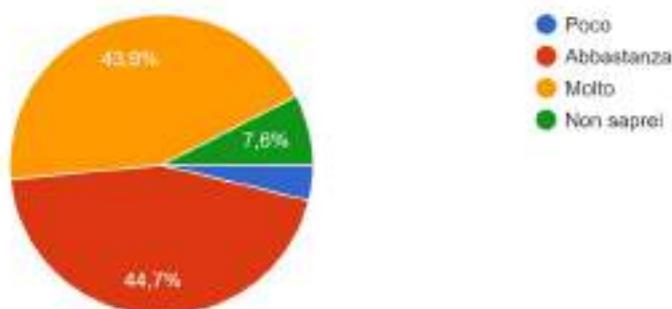


In relazione all'assistenza medica, considerando le effettive prestazioni medico sanitarie ricevute, tutti i professionisti raggiungono oltre il 70% di Soddisfazione, con i medici Neurologo e Fisiatra che arrivano a circa l'80%.

Introdotta nel 2022 la valutazione della Carta dei Servizi e in generale della comunicazione del Centro. Il 44% ritiene molto curata l'informativa e solo 5 pazienti ritengono "Poco" chiara.

#### E' chiara la Carta dei Servizi?

132 risposte

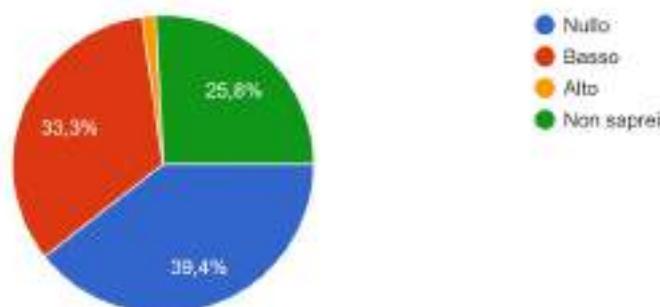


Altro ambito segnalato da "indagare" è stato quello della **percezione del rischio caduta**. Già l'ente, dopo aver risolto le situazioni di cadute, provvede a registrarle e ad analizzare le cause in sede di Riesame della Direzione.

È stato ritenuto utile indicare anche l'aspetto della "percezione", al fine di conoscere meglio quanto i pazienti sentano accogliente e "sicuro" l'ambiente che frequentano. Un 25,8% di coloro che hanno risposto non hanno accesso alla sede e pertanto non hanno indicato. Tra gli altri pazienti il 39,4% dichiara un rischio "Nullo" e il 33,3% "Basso". Nessuno dichiara "Alto".

#### Quale percezione di rischio cadute ha negli ambulatori e nelle palestre?

132 risposte





#### 5.4. Le politiche della qualità

La Fondazione ha in essere specifiche politiche della qualità che si fondano sulle seguenti priorità: attenzione ai pazienti e caregiver, sostegno e fidelizzazione del personale, cura dei rapporti con gli enti e l'aggiornamento degli aspetti istituzionali.

##### 1. Attenzione ai pazienti e caregiver

- Benessere ed alla qualità di vita della persona: l'intervento sanitario riabilitativo, mirato al recupero ed alla conservazione delle residue capacità motorie e respiratorie, sempre accompagnato ed intrecciato con interventi di sostegno psicologico e sociale, rivolti anche alle famiglie e caregiver. Attenzione, da parte del personale medico in sede di rinnovo dei piani di trattamento, dell'appropriatezza delle terapie indicate in attuazione di quanto proveniente dalla Regione Veneto. Tali prestazioni dovranno essere rigorosamente a "cicli".
- Svolgimento prevalente dell'attività riabilitativa in forma domiciliare in considerazione delle difficoltà e dei disagi che incontra la maggior parte delle persone con disabilità (con gravi menomazioni motorie e costretti in carrozzina) per raggiungere gli ambulatori della sede.
- Governo clinico monitorato, al fine garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori con il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari con lo scopo di prevenire con modalità proattive i rischi e riducendo così gli incidenti e gli errori correlati al processo assistenziale.
- Informazione, verifica e tutela Diritto all'informazione attraverso la completa accessibilità alle informazioni riguardanti i servizi erogati all'utenza. Il Centro garantisce all'utente, ai sensi della normativa vigente, sia la tutela della privacy che la piena soddisfazione dei propri diritti di accesso e di informazione. La partecipazione, i diritti e i doveri degli utenti. La partecipazione degli utenti avviene attraverso: incontri per la condivisione del progetto riabilitativo individuale; incontri di verifica del progetto e del programma riabilitativo; la compilazione periodica di un questionario di rilevazione dello stato di soddisfazione del fruitore rispetto al servizio erogato. La Carta dei Servizi, verificata con cadenza annuale, viene messa a disposizione sia presso la struttura che attraverso il sito istituzionale.

##### 2. Sostegno e fidelizzazione del personale

- Organizzazione corsi di formazione quale Provider ECM e rinnovo incarichi professionali a coloro che sono in regola con le vaccinazioni previste dalle normative.
- Privilegiare negli incarichi coloro che dimostrano una regolare partecipazione ai corsi di aggiornamento accreditati ECM e coloro che hanno un impegno costante e collaborativo con il Centro.
- Mantenere la circolarità del personale impiegato a livello riabilitativo, favorendo il processo di "gestione delle terapie" su più persone per il singolo paziente. Ciò permette una integrazione delle specifiche competenze, prevedendo forme di specializzazione ed una continuità nel servizio.
- Potenziare la struttura gestionale dotandosi di un Direttore Amministrativo e provvedendo al completamento del rinnovo dell'organigramma amministrativo.



### 3. Cura dei rapporti con gli Enti

- Asl 09 Scaligera. Mensilmente il centro l'aggiornamento del flusso informativo regionale degli interventi riabilitativi effettuati nei confronti di ogni singolo utente, con la successiva analisi qualitativa e quantitativa dei dati e che invia all'Ulss 9 Scaligera per il relativo controllo. Partecipazione ai gruppi di lavoro.
- Regione del Veneto. Programmazione e gestione finanziaria del servizio riabilitativo, tramite il "Coordinamento dei Centri Riabilitativi ex art. 26" e partecipazione attiva ai tavoli di lavoro. Tramite Azienda Zero, mantenimento Accreditamento istituzionale e Autorizzazione istituzionale. Azioni di miglioramento continuo nell'organizzazione dei servizi prestati attraverso la revisione annuale delle politiche e l'intervento con piani di miglioramento individuati.

### 4. Aggiornamento degli aspetti istituzionali

- Modifica dello statuto della Fondazione in applicazione all'introduzione del Codice del Terzo Settore e successiva iscrizione al RUNTS (Registro Unico Nazionale Terzo Settore). Verifica per l'avvio di attività connesse a quella istituzionale.
- Piena collaborazione con l'associazione UILDM Verona OdV per garantire la funzionalità del servizio trasporti con i mezzi attrezzati per il trasporto al fine di poter soddisfare il maggior numero possibile di richieste.

### Indicatori di qualità

**DOCUMENTI:** Al momento della presa in carico viene predisposto dal medico specialista fisiatra un piano riabilitativo che viene consegnato al paziente e al suo medico curante.

**SODDISFAZIONE:** Periodicamente viene somministrato ai pazienti un questionario di gradimento per verificare la qualità del servizio erogato e raccolti gli eventuali punti di miglioramento.

**TEMPI:** I tempi di attesa per la prima visita sono di circa 20 giorni mentre la presa in carico avviene in circa 40 giorni salvo situazioni di straordinarietà, per esempio, qualora venga superato il tetto dei volumi autorizzati dalla Regione Veneto.

### 5.5 Verifica anno 2023. Indicatori di qualità

#### Governo Clinico

Nel 2023 è stato ricostituito un gruppo di lavoro specifico, "Rischio clinico: rilievo degli indicatori di rischio e delle azioni da attivare" con l'obiettivo arrivare ad un documento unitario sul tema. Il gruppo di lavoro, di natura multidisciplinare, ha riferito alla Direzione del Centro per l'assunzione di decisioni.

Il gruppo di lavoro ha esaminato, anche su sollecitazione emersa in sede di verifica dell'accreditamento istituzionale nel 2022, le modalità per favorire una maggiore consapevolezza diffusa nel personale operante sui temi della segnalazione near miss ed eventi avversi. Il gruppo ha proceduto all'analisi dei registri "Incident Reporting" dal 2018 al 2022, ha riesaminato le Raccomandazioni ministeriali e codificato, in modo organico, le Azioni proattive già in gran parte presenti nel Centro stesso.

È stata elaborata una specifica Procedura per garantire la sicurezza degli utenti e degli operatori che coinvolge tutti gli operatori sanitari, al fine di prevenire, con modalità



proattiva i rischi, riducendo così gli incidenti e gli errori correlati al processo assistenziale.

**Soddisfazione** – Vedi quanto indicato al punto 5.3

## Tempi

Indicatore: TEMPI D'ATTESA Primo ACCESSO <b>nuove diagnosi</b>			
Primo accesso	n. 81 nuovi pazienti (79 Prese in carico + 2 solo prime visite)		
Prima visita	entro 20 gg. lavorativi		
	40/81 pazienti	49%	È aumentato al 50% il numero dei pazienti a cui non è stato possibile rispondere celermente. I nuovi pazienti sono aumentati molto negli ultimi anni e si è creato una situazione complessa da gestire in quanto le prime visite le fa solo il Direttore Sanitario. L'indicatore sarà oggetto di valutazione in sede di programmazione 2024 dalla Direzione.
Presa in carico	entro 40 gg. lavorativi		
	50/79 pazienti	63%	Diminuito, rispetto al 73% del 2022, l'indice relativo ai tempi per la "Presa in carico". Ai tempi lunghi per l'accordo tra terapeuta e paziente per l'avvio terapia, si sono aggiunti anche, per più pazienti, tempi lunghi nella consegna dell'impegnativa per l'avvio. Alcune difficoltà di reclutamento terapisti, risolte verso la fine dell'anno 2023, hanno un po' allungato i tempi. L'indicatore sarà oggetto di valutazione in sede di programmazione 2024 dalla Direzione.

## Gestione reclami ed eventi avversi

### Reclami

Nel 2023 sono pervenuti 12 segnalazioni di Reclami (più doppio del 2022). Difatti sono 10 in quanto 1 utilizza il modulo per fare un complimento ed 1 per una proposta di attività. Sono di varia natura: inconvenienti logistici, difficoltà con terapisti, aspetti organizzativi quali orari di accesso. Nel modulo allegato al reclamo sono state indicate le azioni correttive adottate e le tempistiche di soluzione. L'orario di apertura al pubblico è stato modificato, anche per esigenze del personale collaboratore e le difficoltà generate sono state alquanto limitate.

### Incident Reporting

Sull'argomento, ricompreso nel più generale tema del "Governo clinico" sopra citato, nel 2023 ci sono stati solo 3 Eventi Avversi (come nel 2022). Le registrazioni riportate nel Registro Incident Reporting riguardano cadute di pazienti: una caduta all'esterno della sede, mentre due cadute sono state all'interno, senza conseguenze particolari per i pazienti interessati.



## 6 Situazione economico finanziaria

La Fondazione opera con risorse pubbliche in quanto i servizi attivati dal Centro di Riabilitazione godono del sostegno da parte della Regione Veneto principalmente ed in via residuale da altri enti pubblici (nel 2023 non vi sono stati introiti per prestazioni rimborsate da altri enti pubblici).

Nel 2023 pur non essendo svolta attività di sollecitazione al pubblico, in quanto è tenuta dall'associazione Uildm Verona OdV, socio unico della fondazione, la fondazione ha ricevuto una donazione che è indicata in bilancio.

Non sono state rilevate particolari criticità ed i risultati economici positivi si riportano in sintesi:

	2022	2023	differenza
<b>Oneri da attività tipiche</b>	<b>1.288.160</b>	<b>1.373.078</b>	<b>84.918</b>
<i>Personale</i>	1.111.509	1.212.629	101.120
<i>Altri oneri tipici</i>	176.651	160.449	-16.202
<b>Oneri da attività accessorie</b>	<b>1.555</b>	<b>1.920</b>	<b>365</b>
<b>Oneri finanziari e patrimoniali</b>	<b>127.744</b>	<b>264.318</b>	<b>136.575</b>
<b>Oneri di supporto generali</b>	<b>15.475</b>	<b>17.903</b>	<b>2.428</b>
<b>Imposte e tasse</b>	<b>30.199</b>	<b>28.773</b>	<b>-1.426</b>
	<b>1.463.133</b>	<b>1.685.993</b>	<b>222.860</b>
<b>Proventi e ricavi da attività tipiche</b>	<b>1.449.366</b>	<b>1.548.421</b>	<b>99.055</b>
<i>Prestazioni di servizi con Regione Veneto</i>	1.444.711	1.548.421	103.710
<i>Prestazioni di servizi con altri enti pubblici</i>	4.655		-4.655
<b>Raccolte fondi</b>		<b>1.135</b>	<b>1.135</b>
<b>Proventi da attività accessorie</b>	<b>1.324</b>	<b>66.624</b>	<b>65.300</b>
<b>Proventi finanziari e patrimoniali</b>	<b>7.697</b>	<b>79.497</b>	<b>71.800</b>
<b>TOTALE PROVENTI</b>	<b>1.458.387</b>	<b>1.695.677</b>	<b>237.290</b>
<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>-4.746</b>	<b>9.684</b>	<b>14.430</b>

## 7. Altre informazioni

Non sono in corso contenziosi / controversie da segnalare altri eventi particolari nell'anno.

Per la tipologia delle attività intraprese non sono rilevanti le azioni di impatto ambientale. Il Centro attua la raccolta differenziata dei rifiuti interni e si sottopone a regolari verifiche degli impianti - riscaldamento, refrigerazione ed elettrico - controlla periodicamente le attrezzature utilizzate.

Il Consiglio di Amministrazione si è riunito 10 volte: il 17.01 - 14.02 - 23.03 - 20.04 - 18.05 - 23.06 - 25.07 - 05.09 - 07.11 e 14.12.



Gli argomenti principali trattati sono stati:

*area Istituzionale*

- Andamento servizi del Centro ambulatoriale di Riabilitazione: verifica con direzione Sanitaria e Coordinatore Operatori Sanitari. Continuità e sviluppo programmazione interventi pazienti SLA.
- Incontri Centri di Riabilitazione Veneto e provincia Verona: resoconto, analisi problematiche comuni, prospettive.
- Autorizzazione al Funzionamento: aggiornamenti permessi, visita e adeguamenti richiesti
- Corsi ECM: verifica e approvazione Piano 2024.

*area Risorse Umane*

- Dipendenti e collaboratori: analisi problematiche e provvedimenti. Gestione contenziosi.
- Area amministrativa e servizi di supporto: analisi situazione e prospettive.
- Convenzioni con enti terzi per prestazioni sanitarie

*area Economico- Finanziaria*

- Bilancio consuntivo 2022.
- Bilancio preventivo 2023.
- Contributi straordinari: ristori covid Regione Veneto. Incremento costi energetici.
- Acquisti attrezzature e dispositivi sanitari.

Il Bilancio Consuntivo 2023 ed il presente Bilancio Sociale sono stati approvati il 26.03.2024 con voto unanime degli amministratori.

Il Bilancio Sociale viene pubblicato sul sito istituzionale [www.centroriabilitativo.org](http://www.centroriabilitativo.org)

## **8. Monitoraggio svolto dall'organo di controllo**

Il Revisore Unico del Conti esercita il controllo sulla gestione contabile, finanziaria ed economica del Centro di Riabilitazione, predispose la relazione di accompagnamento al bilancio ed attesta la corrispondenza del rendiconto alle risultanze contabili della gestione; formula rilievi, valutazioni e proposte.

Il Revisore Unico è stato informato attraverso verbali e l'accesso alla documentazione ed ha partecipato a n. 7 Consigli di Amministrazione su 10 totali, compreso l'incontro relativo all'approvazione del Bilancio consuntivo 2023. In relazione all'Attività di vigilanza il Revisore ha espresso di aver vigilato sull'osservanza della legge e dello statuto, sul rispetto dei principi di corretta amministrazione e, in particolare, sull'adeguatezza degli assetti organizzativi, del sistema amministrativo e contabile, e sul loro concreto funzionamento.

Verona, 26 marzo 2024

Il Presidente  
Dott. Gennaro Stamatì

Allegato 1

Relazione dell'Organo di Controllo al bilancio chiuso al 31.12.2023



**Allegato 1**

**RELAZIONE DELL'ORGANO DI CONTROLLO AL BILANCIO DI ESERCIZIO CHIUSO  
AL 31 DICEMBRE 2023**

*Ai Soci di "FONDAZIONE SPERANZA ONLUS"*

Nel corso dell'esercizio chiuso al 31 dicembre 2023 la mia attività è stata ispirata alle disposizioni di legge e alle Norme di comportamento dell'organo di controllo emanate dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili.

Di tale attività e dei risultati conseguiti Vi porto a conoscenza con la presente relazione. È stato sottoposto al Vostro esame il bilancio d'esercizio di FONDAZIONE SPERANZA ONLUS (nel prosieguo, brevemente, "Fondazione") al 31.12.2023, redatto in conformità alle norme di legge in vigore.

Ricordo che è ancora in corso di attuazione la normativa relativa agli Enti del Terzo Settore e alla attuazione del Registro Unitario Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) al quale anche la Vostra Fondazione dovrà/potrà iscriversi una volta definiti e chiariti i singoli aspetti ancora pendenti.

Ho svolto, a termini di legge e statuto, le attività di vigilanza e i controlli previsti nel corso dell'esercizio ed in particolare sul bilancio, il cui esito è riportato nel successivo paragrafo.

**Giudizio sul bilancio d'esercizio**

Ho svolto la revisione contabile dell'allegato bilancio d'esercizio della Fondazione Speranza onlus, costituito dallo stato patrimoniale al 31 dicembre 2023 e dal conto economico, per l'esercizio chiuso a tale data, e dalla nota integrativa.

A mio giudizio, il bilancio d'esercizio fornisce una rappresentazione veritiera e corretta della situazione patrimoniale e finanziaria della fondazione al 31 dicembre 2023 e del risultato economico per l'esercizio chiuso a tale data in conformità alle norme vigenti.

**Attività di vigilanza**

Ho vigilato sull'osservanza della legge e dello statuto, sul rispetto dei principi di corretta amministrazione e, in particolare, sull'adeguatezza degli assetti organizzativi, del sistema amministrativo e contabile, e sul loro concreto funzionamento.

Per quanto concerne il monitoraggio degli aspetti sopra indicati e delle relative disposizioni, si riferiscono di seguito le risultanze dell'attività svolta:

- la Fondazione, emanazione di UILDM Verona OdV, persegue in via prevalente l'attività di assistenza sanitaria alle persone con disabilità motoria, in convenzione con le varie ASL di competenza;
- la Fondazione non ha distribuito, direttamente o indirettamente avanzi di gestione o patrimoniali;
- il Patrimonio netto, diviso nelle due componenti di Fondo di dotazione e di Patrimonio vincolato, si è diminuito per assorbire il disavanzo di gestione dell'anno decorso



per complessivi euro 4.745,78 chiudendo alla somma complessiva di euro 1.171.621,58;

- la Fondazione è dotata di strumenti hardware e software adatti alle necessità ed è seguita da un soggetto professionale esterno che supervisiona l'attività amministrativo-contabile affidata internamente a personale qualificato;
- ai fini dell'attività istituzionale, la Fondazione è dotata di un'organizzazione professionalmente adeguata attraverso personale dipendente, collaboratori e volontari;
- ho vigilato sull'osservanza delle disposizioni recate dal D.Lgs. 8 giugno 2001, n. 231;
- infine, ho partecipato alle assemblee e alle riunioni dell'organo di amministrazione e, sulla base delle informazioni disponibili, non ho rilievi particolari da segnalare.

Ho acquisito dall'organo di amministrazione, con adeguato anticipo, anche nel corso delle sue riunioni, informazioni sul generale andamento della gestione e sulla sua prevedibile evoluzione, nonché sulle operazioni di maggiore rilievo, per le loro dimensioni o caratteristiche, effettuate dalla Fondazione e, in base alle informazioni acquisite, non ho osservazioni particolari da riferire.

### **Osservazioni e proposte in ordine all'approvazione del bilancio**

Considerando le risultanze dell'attività svolta nel corso dell'annata 2023, attività che ha conseguito un avanzo di esercizio di euro 9.684,03, invito a dare approvazione al bilancio d'esercizio chiuso al 31 dicembre 2023 così come redatto e trasmessomi dagli amministratori, concordando altresì con la proposta di portare a nuovo il modesto avanzo d'esercizio.

Verona, 26 marzo 2024

Il revisore

Dott. Stefano Bianchi Carini