

Bilancio Sociale 2020

**VENETO IN SALUTE SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE
CONSORTILE**



Sommario

1. PREMESSA/INTRODUZIONE.....	4
2. NOTA METODOLOGICA E MODALITA' DI APPROVAZIONE, PUBBLICAZIONE E DIFFUSIONE DEL BILANCIO SOCIALE.....	5
3. INFORMAZIONI GENERALI SULL'ENTE.....	6
Aree territoriali di operatività.....	6
Valori e finalità perseguite (missione dell'ente – come da statuto/atto costitutivo).....	6
Attività statutarie individuate e oggetto sociale (art. 5 DL n. 117/2017 e/o all'art. 2 DL legislativo n. 112/2017 o art. 1 l. n. 381/1991).....	7
Altre attività svolte in maniera secondaria/strumentale.....	8
Collegamenti con altri enti del Terzo settore (inserimento in reti, gruppi di imprese sociali...).....	8
Contesto di riferimento.....	9
Storia dell'organizzazione.....	10
4. STRUTTURA, GOVERNO E AMMINISTRAZIONE.....	11
Consistenza e composizione della base sociale/associativa.....	11
Sistema di governo e controllo, articolazione, responsabilità e composizione degli organi.....	12
Modalità di nomina e durata carica.....	13
N. di CdA/anno + partecipazione media.....	13
Tipologia organo di controllo.....	14
Mappatura dei principali stakeholder.....	16
Presenza sistema di rilevazioni di feedback.....	18
Commento ai dati.....	18
5. PERSONE CHE OPERANO PER L'ENTE.....	19
Tipologie, consistenza e composizione del personale (retribuito o volontario).....	19
Composizione del personale.....	19
Attività di formazione e valorizzazione realizzate.....	22
Contratto di lavoro applicato ai lavoratori.....	22
Natura delle attività svolte dai volontari.....	23
Struttura dei compensi, delle retribuzioni, delle indennità di carica e modalità e importi dei rimborsi ai volontari “emolumenti, compensi o corrispettivi a qualsiasi titolo attribuiti ai componenti degli organi di amministrazione e controllo, ai dirigenti nonché agli associati”.....	23
Rapporto tra retribuzione annua lorda massima e minima dei lavoratori dipendenti dell'ente.....	23
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.....	23
6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ.....	25
Obbiettivi d'impatto.....	25
Da completare.....	25
Output attività.....	25
Servizi resi DIRETTAMENTE dal Consorzio agli Utenti finali.....	25

Servizi resi INDIRETTAMENTE dal Consorzio agli Utenti finali (da completare).....	25
Servizi resi dal Consorzio ai Soci.....	27
Tipologia attività esterne (Eventi di socializzazione organizzati a contatto con la comunità locale)	27
Altre tipologie specifiche di beneficiari non ricompresi nelle elencazioni precedenti.....	27
Outcome sui beneficiari diretti e indiretti e portatori di interesse.....	27
Possesso di certificazioni di organizzazione, di gestione, di qualità (se pertinenti).....	27
Esplicitare il livello di raggiungimento degli obiettivi di gestione individuati, gli eventuali fattori risultati rilevanti per il raggiungimento (o il mancato raggiungimento) degli obiettivi programmati	28
Elementi/fattori che possono compromettere il raggiungimento dei fini istituzionali e procedure poste in essere per prevenire tali situazioni.....	28
7. SITUAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA.....	29
Provenienza delle risorse economiche con separata indicazione dei contributi pubblici e privati....	29
Capacità di diversificare i committenti.....	30
Specifiche informazioni sulle attività di raccolta fondi (se prevista).....	31
Finalità generali e specifiche delle raccolte effettuate nel periodo di riferimento, strumenti utilizzati per fornire informazioni al pubblico sulle risorse raccolte e sulla destinazione delle stesse.....	31
Segnalazioni da parte degli amministratori di eventuali criticità emerse nella gestione ed evidenziazione delle azioni messe in campo per la mitigazione degli effetti negativi.....	32
8. MONITORAGGIO SVOLTO DALL'ORGANO DI CONTROLLO SUL BILANCIO SOCIALE (modalità di effettuazione degli esiti).....	33
Relazione organo di controllo.....	34

1. PREMESSA/INTRODUZIONE

Per analizzare lo scenario nel quale abbiamo operato vi recupero alcuni contenuti dell'ultimo rapporto OASI del 2020, ricerca che da anni ormai sintetizza lo stato di salute del SSN. In particolare, prende in esame alcune dinamiche che si sono stratificate dalla crisi finanziaria del 2008 alla pandemia del 2020, e che hanno strutturato di fatto il Sistema Sanitario Nazionale pre-pandemico senza che su questo ci fosse un dibattito pubblico aperto.

1. Strutturale sotto-finanziamento. Una lenta ma progressiva erosione del tasso di copertura pubblica con l'aumento dell'incidenza della spesa privata, in gran parte out-of pocket. Nel decennio 2008-2018 abbiamo osservato una lenta e leggera crescita della quota di spesa SSN mediata dal privato accreditato, assieme alla crescente rilevanza dell'acquisto di beni e servizi rispetto alla spesa per il personale nei bilanci delle aziende pubbliche. In parallelo, sono aumentati i servizi esternalizzati (lavanolo, pulizie, mensa, assistenza alla persona).
2. I tetti di spesa a silos hanno favorito un progressivo processo di accentramento della funzione di indirizzo e controllo finanziario del sistema sanitario nazionale a favore del Ministero dell'economia e delle finanze delle capogruppo regionali (Budget di spesa vincolati su alcune tipologie di input: personale, beni e servizi, farmaci, medical-device, prestazioni da privato accreditato...)
3. Centralizzazione delle funzioni amministrative e delle specializzazioni per godere di economie di scala. Molte regioni si sono evolute verso una suddivisione in grandi ASL, la cui dimensione media nazionale è vicina ai 500.000 abitanti. La ridefinizione funzionale degli ospedali e del territorio è stata proposta come precondizione necessaria, per organizzare processi trasversali di presa in carico della cronicità e di ottimizzazione dei processi di coordinamento tra i diversi setting sanitari. Da questo punto di vista, negli ultimi anni, il "pendolo della storia" del SSN si è decisamente ribaltato rispetto alla precedente ottica di specializzazione e separazione delle istituzioni sanitarie. Questa dinamica ha visto un progressivo consolidamento dei gruppi sanitari regionali, considerati come sistemi unitari all'interno dei quali differenziare le vocazioni e le specializzazioni delle singole aziende (ASL e aziende ospedaliere). Questi gruppi pubblici hanno centralizzato le funzioni amministrative e di supporto che possono godere di economie di scala, modificando il quadro delle relazioni e dei compiti di centro regionale e aziende. Queste ultime sono state sempre più invitate a focalizzarsi sullo sviluppo dei modelli di servizio, degli assetti organizzativi e del governo clinico, mentre il volume e il mix dei fattori produttivi è stato sempre più governato a livello sovraordinato. Pensate nel Veneto alle Aziende Ospedaliere, allo IOV, all'Azienda Zero e alla riduzione del numero delle AULSS.
4. Il processo di concentrazione dei volumi ospedalieri è stato più marcato nel nord e nel centro del Paese, dove è emersa una presenza robusta di hub ospedalieri, nelle diverse configurazioni istituzionali: grandi strutture delle ASL, AO, AOU e IRCCS pubblici e privati accreditati. Elemento di criticità della rete ospedaliera è costituito dalle apparecchiature. Il loro numero è consistente, anche in rapporto agli altri grandi paesi europei (Corte dei Conti, 2019), ma sono contraddistinte da un tasso di obsolescenza elevato (Assobiomedica - Centro Studi, 2017; Rapporto OASI 2019). Dunque, attrezzature mal distribuite, poco produttive e scarsamente efficaci nella risposta al bisogno.
5. Costante crescita dell'età media dei dipendenti del SSN: ha più di 55 anni almeno il 50% dei medici e il 21% degli infermieri (Rapporto OASI 2018). Questo ha determinato elevati tassi di burn-out e massicce richieste di permessi ex L.104/92, che accentuano la crescente percezione di carenza dei medici e del personale in generale. A questo proposito, non si è ancora innescato un sostanziale cambiamento del modello di erogazione dei servizi che possa favorire lo "skill mix change tra professioni sanitarie e medici", modificando la struttura dei ruoli professionali necessari. Il calcolo dei fabbisogni di personale a tutt'oggi viene prevalentemente effettuato prendendo a riferimento i modelli organizzativi del passato, che continuano a trainare la programmazione futura ma il

cambiamento epidemiologico e dei bisogni (più cronicità e meno pazienti acuti) e le trasformazioni tecnologiche potrebbero essere gestite con l'upgrading delle professioni sanitarie ma non sono abbastanza valorizzate. Risultano marcate le riduzioni sul versante amministrativo, che essendo esclusivamente basate sugli effetti del blocco del turn over, hanno comportato l'azzeramento di personale sotto i 35 anni (Rapporto OASI 2018). Questo contribuisce a spiegare le difficoltà a innestare veloci processi di digitalizzazione e modernizzazione dei modelli di servizio e di gestione.

6. La diffusione di modelli regionali o aziendali per aggredire il problema emergente della cronicità, che necessita un netto spostamento dell'attività clinica da ricovero ad ambulatorio, impendo la costruzione di logiche di gestione per processi orizzontali e favorendo l'adozione di logiche di medicina di iniziativa dopo attente analisi di stratificazione dei pazienti (Rapporto OASI 2018). Su questo versante, non si intravede ancora una convergenza modellistica, né, purtroppo, una dinamica di accumulazione di know how e di sistematizzazione degli approcci a livello di SSN, capace di attivare processi diffusi di cambiamento e crescita delle competenze cliniche e gestionali. Inoltre, il processo di concentrazione delle strutture, dei professionisti e delle casistiche, sostanzialmente avviato sul versante ospedaliero, ha raggiunto una minore maturità sul versante ambulatoriale. Le motivazioni sono diverse, tra cui la fisiologica maggiore frammentarietà dei servizi territoriali; la priorità data alla rete ospedaliera, ritenuta più immediatamente impattante lo stato di salute e l'equilibrio economico-finanziario; la governance estremamente complessa, vista la presenza sul territorio di molteplici attività gestite da personale convenzionato, realtà private accreditate, oppure in collaborazione con gli enti locali. Resta il fatto che, secondo i dati dell'Annuario Statistico del SSN, nel 2017, il 48% delle strutture (pari a 3.152) erogava prestazioni riconducibili ad un massimo di 5 branche, per un volume annuo inferiore alle 12.500 prestazioni annue, cioè 34 al giorno (Ministero della Salute, 2019). Nelle ASL ci sono, a tutt'oggi, troppi ambulatori decentrati, in edifici realizzati molti decenni fa, oggetto di insufficiente manutenzione e, nelle aree decentrate, saturati pochissimo. Anche gli ambulatori dei MMG, PLS, MCA e specialisti convenzionati sono troppi, collocati in contesti poco adatti allo svolgimento di attività professionali strutturate (edifici residenziali) e poco adatti a valorizzare il lavoro dei professionisti. Del resto, a livello nazionale, prevalgono ancora modelli organizzativi ormai obsoleti basati sul lavoro prevalentemente individuale, sull'utilizzo di asset personali e sull'integrazione mono professionale: secondo stime recenti, solo il 47% dei MMG ha aderito a una medicina di gruppo (Rapporto OASI 2019).

L'emergenza Covid-19 ha generato delle discontinuità radicali ("fratture") in alcune dinamiche consolidate nel SSN.

- Il SSN ha aumentato significativamente la propria spesa corrente: + 5 miliardi stimati per il 2020, pari al +4,7% della spesa totale. Le nuove risorse non sono state ricavate ribaltando i precedenti logiche della politica pubblica che avevano sfavorito il SSN rispetto ad altri interventi è stato semplicemente aumentato il debito pubblico. Questo, purtroppo, genera un quadro di incertezza sull'ammontare e sulla stabilità dell'aumento della spesa pubblica per il SSN di medio periodo, perché ovviamente, a regime, l'aumento di finanziamento di parte corrente non potrà essere finanziato stabilmente con un incremento del deficit statale. L'aumento della spesa è avvenuto utilizzando, disordinatamente, tre silos distinti di risorse: aumenti al fondo ordinario del SSN, finanziamenti per l'emergenza attraverso la Protezione Civile e fondi a disposizione del Commissario per l'emergenza.
- Sono state avviate massicce campagne di reclutamento di personale medico e delle professioni sanitarie: + 36.300 unità di personale sanitario assunte tra marzo e ottobre. Le USCA (unità speciali di continuità assistenziale), che assistono a domicilio e da remoto i pazienti Covid, composte da giovani medici delle cure primarie, per la prima volta hanno visto l'utilizzo di contratti di lavoro da dipendenti nell'ambito della medicina generale, evidenziando una discontinuità significativa rispetto alle tradizionali traiettorie di sviluppo degli organici. Allo stesso modo sono stati significativi, soprattutto in alcune regioni, gli inserimenti di infermieri di

comunità o dei servizi territoriali. Al netto di alcuni casi, però, questa finestra di opportunità per il recupero degli organici persi nel tempo, di fondo necessaria e probabilmente irripetibile per molto tempo, non è stata frutto di un lavoro di programmazione e di ripensamento dei ruoli professionali e dei modelli di servizio. Hanno prevalso logiche di emergenza, che fisiologicamente tendono ad essere path dependent rispetto a piante organiche storicamente presenti, con l'eccezione delle figure professionali strettamente collegate alla pandemia. In sintesi, al momento, il Covid-19 ha proiettato nel futuro il SSN riproponendo modelli di servizio e di suddivisione dei ruoli professionali sostanzialmente immutati, senza incorporare i mutamenti epidemiologici, tecnologici e di mix di competenze già stratificatesi e attesi per i prossimi anni

- Il SSN è stato governato per alcuni mesi con una cultura organizzativa dettata dall'emergenza, per cui sono stati attivati nuovi e veloci processi decisionali con procedure agili di formalizzazione.
- Molte aziende pubbliche e realtà private accreditate hanno attivato dei veri e propri comitati di crisi, a cui partecipavano le diverse professionalità ritenute necessarie, da quelle epidemiologiche a quelle cliniche, dagli esperti di logistica a quelli di ICT.
- Nelle regioni più colpite, la geografia dei servizi è stata trasformata nel giro di poche settimane.
- Molti professionisti hanno superato gli steccati disciplinari e lavorato in team multidisciplinari, in reparti e setting diversi da quelli abituali, dimostrando senso di servizio, flessibilità, capacità di apprendimento e di adattamento
- La digitalizzazione del SSN è stata intensificata e diffusa in molte dimensioni professionali e di servizio rilevanti per il SSN, come: medicina a distanza e di tele sorveglianza da remoto; informatizzazione dei meccanismi di accesso e di refertazione per i pazienti; automazione delle logiche e dei processi di presa in carico; forme di co-production e autocura supportata da tecnologie personali; forme di telelavoro.
- La narrazione collettiva e tecnica sulla sanità: ha guadagnato una nuova centralità nell'agenda politica, ha visto basare ogni ragionamento di programmazione sulla realtà epidemiologica (numero di contagiati attuali e prospettici) sulla quale parametrare la capacità di offerta, ad esempio tamponi, posti letto di terapia intensiva, DPI.
- È diventato patrimonio collettivo la consapevolezza che il SSN ha bisogno di strutturare meglio: i servizi di prevenzione, i servizi di tracking (quindi i big data sui cittadini sia per la programmazione, sia per la clinica), i servizi territoriali in genere.

Questo scenario ha sollecitato molto il Consorzio nel 2020, eravamo al centro del ciclone, questo ha spinto il consorzio nella prima metà dell'anno ad attivare una centrale d'acquisto per il recupero di mascherine, e poi di supportare le aulss con la fornitura di servizi infermieristici ed assistenziali a favore di case di riposo che ci venivano segnalate in difficoltà. Questi due progetti estemporanei, si sono affiancati alla gestione delle attività di general contractor sulle medicine di gruppo di Rovigo e alla relazione di coordinamento e aggiornamento dei servizi gestiti dalle cooperative socie a supporto dei servizi di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Se dovessimo rappresentare sinteticamente la proposta di valore del Consorzio VIS la potremmo rappresentare come segue:

- a) Servizi alle imprese sociali aderenti in ambito sanitario sulle cure primarie territoriali (attraverso consulenze, formazione, general contractor o centrali d'acquisto)
- b) Realizzazione di progetti di innovazione sociale in sanità. Su questo la creazione di una società di scopo denominata Solidarmedica per la gestione della medicina specialistica poliambulatoriale e l'odontoiatria;
- c) La promozione dell'integrazione tra servizi sanitari e sociali, sponsorizzando l'utilizzo delle cooperative sociali come strumenti di mediazione e gestione delle cure primarie nel territorio.

Obiettivi

Allargamento della rete di medicine di gruppo attivate; Riconoscimento della figura socio-sanitaria dell'assistente di studio nella medicina di gruppo; Potenziamento del gruppo di lavoro intercooperativo sullo sviluppo delle cure primarie territoriali.

2. NOTA METODOLOGICA E MODALITA' DI APPROVAZIONE, PUBBLICAZIONE E DIFFUSIONE DEL BILANCIO SOCIALE

La redazione della Prima Edizione del Bilancio Sociale del Consorzio Veneto In Salute è stata impostata tenendo conto delle più recenti indicazioni normative:

- "Linee Guida per la redazione del bilancio sociale degli enti del Terzo Settore", riportate nel Decreto Ministeriale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 4 luglio 2019, ai sensi dell'art. 14 comma 1, Decreto Legislativo n. 117/2017 e con riferimento alle imprese sociali, dell'art. 9 comma 2 Decreto legislativo n. 112/2017;
- Schema di bilancio sociale presente nell'Allegato A del DGR della Regione Veneto n. 815 del 23 giugno 2020.

Sono inoltre state utilizzate interviste semi strutturate con i Responsabili delle Cooperative socie del Consorzio attraverso le quali sono state approfondite informazioni qualitative e quantitative di carattere sociale ed economico di se seguito esposte per lo più in forma aggregata.

La redazione del bilancio si è attenuta ai principi indicati nelle linee guida ministeriali:

- rilevanza delle informazioni;
- completezza dei dati esposti;
- trasparenza nel trattamento dei dati;
- neutralità;
- competenza di periodo;
- comparabilità delle informazioni;
- chiarezza dei risultati esposti;
- veridicità e verificabilità dell'indagine;
- attendibilità dei dati;
- autonomia delle terze parti di rispondere ai quesiti.

L'organo statutariamente competente per l'approvazione del Bilancio Sociale è l'Assemblea dei Soci.

3. INFORMAZIONI GENERALI SULL'ENTE

Informazioni generali:

Nome dell'ente	VENETO IN SALUTE SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE CONSORTILE
Codice fiscale	04554220287
Partita IVA	04554220287
Forma giuridica e qualificazione ai sensi del codice del Terzo settore	Consorzio sociale L.381/91
Indirizzo sede legale	VIA SAVELLI, 128 - 35129 - PADOVA (PD) - PADOVA (PD)

Aree territoriali di operatività

Il consorzio Veneto In Salute opera all'interno della Regione Veneto

Valori e finalità perseguite (missione dell'ente - come da statuto/atto costitutivo)

MISSION

Il Consorzio VIS è uno strumento di sviluppo dell'imprenditorialità sociale che aiuta le organizzazioni aderenti a realizzare servizi innovativi per la riorganizzazione e la riqualificazione delle cure primarie nel territorio della Regione Veneto.

Il Consorzio opera come impresa a rete di scopo e realizza la propria missione producendo servizi che richiedono un'integrazione funzionale tra diversi attori. Si tratta di reingegnerizzare filiere di attività valorizzando le competenze territoriali esistenti.

Il Consorzio vuole portare la propria esperienza e sensibilità maturata nel settore sociale, nel campo sanitario, proponendo di fondere le conoscenze e le competenze della professionalità medica con una moderna organizzazione manageriale attenta però in primis al paziente.

La mission è realizzare Servizi alla Persona attraverso l'organizzazione e la gestione di attività nel settore Sanitario ed in particolare nella Gestione dell'Assistenza Primaria. Crede nella necessità di realizzare un modello di sviluppo sostenibile che promuova la Qualità della Vita degli Assistiti. Crede nello sviluppo di un modello integrato fra Medicina di Famiglia e Cooperazione Sociale come risorsa strategica per il futuro del territorio dove viene prestato il Servizio.

Il Consorzio Veneto In Salute intende ottenere, con più efficacia ed efficienza, un modello gestionale nello Sviluppo dei Servizi Sanitari, promuovendo i valori della cooperazione con uno stile imprenditoriale che privilegi la qualità dei servizi.

VISION

Immaginiamo un Veneto In Salute che promuova un sistema di cura che ponga al centro la persona, la famiglia e la comunità.

Immaginiamo di promuovere e sviluppare un approccio di rete che veda integrato il sistema delle cure primarie con la ricchezza delle realtà locali.

Immaginiamo il distretto socio-sanitario come il fulcro delle comunità assistenziali. Immaginiamo i Medici e i pediatri di famiglia i coordinatori del percorso di presa di carico dell'assistito.

Immaginiamo un'integrazione multiprofessionale che consolidi la visione di due poli reciprocamente funzionali:

- il Territorio luogo della “risposta continua”
- l’Ospedale luogo della risposta puntuale per singoli episodi

Immaginiamo di fare tutto questo cooperando in forme innovative di imprese sociali.

Immaginiamo un sistema di cura che ponga al centro la persona, la famiglia e la comunità.

VALORI E FINALITA' PERSEGUITE DALL'ENTE

Il Consorzio Veneto In Salute non ha scopo di lucro ma, ai sensi dell’art. 1 della legge 381/91, il suo fine è il perseguimento dell’interesse generale della comunità alla promozione umana e all’integrazione sociale dei cittadini.

VIS si ispira ai principi che sono alla base del movimento cooperativo quali la mutualità, la solidarietà, la democraticità, il legame con il territorio, equilibrato rapporto con lo Stato e le Istituzioni pubbliche, la promozione delle reti consortili, con particolare riferimento alla proposta di salute come “cultura che consente una gestione ottimale delle situazioni che a livello fisico, sociale o a livello di storia personale si possono configurare come “critiche”, in modo che i percorsi biografici non appiattiscano sulla “malattia” ma sfruttino comunque i margini di sviluppo a disposizione”.

Il Consorzio per poter curare al meglio gli interessi dei propri soci e della collettività coopera attivamente, in tutti i modi possibili, con altri enti cooperativi, imprese sociali e organismi del Terzo Settore su scala nazionale e internazionale. Inoltre realizza i propri scopi sociali mediante il coinvolgimento delle risorse della comunità, dei fruitori e di Enti con finalità solidaristiche, attuando in questo modo l’autogestione responsabile d’impresa.

Nello svolgimento dell’attività produttiva impiega principalmente le cooperative socie, dando occupazione lavorativa alle migliori condizioni economiche, sociali e professionali.

Attività statutarie individuate e oggetto sociale (art. 5 DL n. 117/2017 e/o all'art. 2 DL legislativo n. 112/2017 o art. 1 l. n. 381/1991)

Il Consorzio Veneto in Salute nel perseguimento dello scopo mutualistico, ha ad oggetto la gestione di servizi socio sanitari ed educativi, ai sensi dell’art. 1 lettera a) della legge 381/91.

La Cooperativa Consortile può inoltre svolgere tutte le attività previste:

- dal D.Lgs 155/2006 “Disciplina dell’Impresa Sociale”;
- dalla L. 118/2005 e successive modifiche e integrazioni.

Il perimetro delle attività statutarie risulta essere più ampio di quelle effettivamente realizzate, nello specifico il Consorzio si occupa di (estratto dallo Statuto):

- Attività e servizi domiciliari e di assistenza sociale, infermieristica o sanitaria, sostegno e riabilitazione effettuati tanto presso la famiglia, quanto presso la scuola, che in caso di degenza presso gli ospedali o altre strutture di accoglienza garantendone la cura, la sorveglianza e quant’altro;
- Gestione di Servizi sanitari quali:
 - a) gestione e organizzazione di tutti i servizi sanitari e sociali erogabili a domicilio quali ad esempio:
 - b) assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
 - c) gestione ed erogazione di servizi sanitari ed organizzativi nelle Unità territoriali di Assistenza Primaria;
 - d) gestire poliambulatori nel territorio, farmacie, ambulatori di servizi sanitari riabilitativi;
- Attività di informazione, formazione, e-learning, orientamento, consulenza ed aggiornamento culturale e professionale rivolta agli stessi soggetti necessitari di assistenza, ai loro familiari ai soci ed operatori sociali e sanitari;
- Attività di sensibilizzazione e animazione della comunità locale entro cui opera;

- Attività di elaborazione culturale, documentazione, ricerca, informazione sui problemi legati al mondo socio – sanitario ed al disagio sociale;
- Attività di sostegno dell'associazionismo ed alla cooperazione;
- Attività di scambio socio – culturale e visite presso altre cooperative, associazioni, enti;
- Organizzazione di seminari, dibattiti, convegni;
- Creazione e sostegno di reti di informazione;
- Organizzazione e gestione di eventi culturali;
- Promozione e valorizzazione delle attività culturali proposte;
- Progettazione e consulenza per enti pubblici o privati;
- Attività di ricerca applicata su tutti i settori di interesse della Cooperativa in modo anche associato con altre strutture pubbliche o private;
- Verifica dei Servizi Gestionali;
- Servizi di segreteria, servizi di archiviazione ed elaborazione dati.

Collegamenti con altri enti del Terzo settore (inserimento in reti, gruppi di imprese sociali...)

Reti associative (denominazione e anno di adesione):

Denominazione	Anno
Confcooperative	2011

Contesto di riferimento

L'aumento dell'aspettativa di vita media e il conseguente invecchiamento della popolazione hanno determinato, nei Paesi industrializzati, un aumento delle malattie cronic-degenerative con una sostanziale modifica dei bisogni socio – sanitari. È aumentata così la domanda di assistenza continuativa allo scopo di prevenire o rallentare la disabilità e la perdita di autonomia che sono collegate alle patologie tipiche dell'età anziana. Una quota sempre maggiore di persone anziane, in condizione di non autosufficienza richiedono risposte assistenziali di lunga durata e di tipo continuativo la cui efficacia dipende dall'attivazione di una rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali secondo schemi di disease management. La tutela della salute viene sempre più a configurarsi come una ricerca di modelli che mirano a fornire interventi di prevenzione e assistenza sanitaria e sociale alle persone più fragili, garantendone la continuità assistenziale. Inoltre, La crisi economica ha portato ad una nuova congiuntura dove la Cooperazione, può essere presentata come un'alternativa tra il settore privato tradizionale ed il settore pubblico. È in questo contesto che nasce e si sviluppa Veneto In Salute.

“Accanto al bene individuale, c'è un bene legato al vivere sociale delle persone: il bene comune. È il bene di noi tutti, formato da individui, famiglie e gruppi intermedi che si uniscono in comunità sociali. (...) Impegnarsi per il bene comune è prendersi cura da una parte, e avvalersi dall'altra, di quel complesso di istituzioni che strutturano giuridicamente, civilmente, politicamente e culturalmente il vivere sociale.” Queste poche righe tratte dall'Enciclica Sociale “Caritas in Veritate” potrebbero essere sottoscritte da ogni socio della Cooperazione poiché cooperare significa collaborare. La nostra Costituzione (art. 45) tutela espressamente la cooperazione, in particolare per lo scopo di “mutualità interna” consistente nel fornire beni o servizi o occasioni di lavoro direttamente ai membri dell'organizzazione, a condizioni più vantaggiose di quelle che otterrebbero dal mercato, che ben si differenzia dal concetto di lucro e della ripartizione di utili patrimoniali proprio del mondo profit. Un ulteriore elemento peculiare è la caratteristica di “mutualità esterna” propria dell'agire cooperativo, ossia la funzione sociale di erogatore di servizi di pubblica utilità che mira al bene della società. Proprio per tali caratteristiche lo Stato consente alcune facilitazioni:

- l'esenzione parziale dell'Ires
- gli sgravi sui contributi previdenziali
- il regime agevolato per l'IVA sulle prestazioni socio sanitarie

Quindi la combinazione fra:

- capacità innovativa, sempre attenta alla persona;
 - elevato grado di flessibilità della forza lavoro
 - le agevolazioni sopra evidenziate che rendono anche il costo dei servizi estremamente conveniente consentendo, a parità di risorse, la possibilità di erogare maggiore assistenza alla popolazione
- Permettono alle Coop. Sociali di collocarsi come strutture estremamente competitive, non solo in termini di economicità ma, soprattutto, per l'approccio etico che collega ed unisce i membri dell'organizzazione.

Storia dell'organizzazione

Pochi mesi dopo il settembre del 2008, cioè l'inizio della crisi economico-finanziaria che ha investito il mondo intero, l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), ha pubblicato "The World Health Report 2008" dal titolo: "L'Assistenza Primaria, ora più che mai". Confcooperative Veneto ha condiviso da subito tale sollecitazione vedendola in linea con la traiettoria di sviluppo dell'assistenza primaria di cui il territorio necessitava. In Veneto ha quindi promosso un progetto per lo sviluppo dell'assistenza primaria: nel 2011 è stato costituito il Consorzio "Veneto In Salute", società cooperativa consortile stabile sociale, costituita da 21 cooperative sociali venete, con un fatturato aggregato di 135 milioni di euro, 5.100 soci e un capitale sociale consortile di 310.000 euro. Al Consorzio ha aderito anche la Federazione dei Medici di Medicina Generale (FIMMG) del Veneto.

Nel 2012, il DL n. 158 del 13 settembre 2012, noto anche come "decreto Balduzzi" ha riorganizzato l'assistenza primaria territoriale. A partire da tali elementi in Veneto si è potuto costruire il modello teorico e organizzativo delle "Medicine di Gruppo Integrate", basato su di una knowledge e una sensibilità sviluppata in una Regione che ha da sempre creduto nella capacità del self-empowerment data dall'integrazione dei servizi sanitari e socio assistenziali.

Entro le Medicine di Gruppo Integrate, le Cooperative Sociali supportano i MMG attraverso servizi infermieristici, di front office, e ausiliari nella realizzazione delle varie attività di prevenzione e continuità assistenziale. Il Consorzio VIS si è quindi consolidato da allora nel suo ruolo di strumento di sviluppo dell'imprenditorialità sociale che aiuta le organizzazioni aderenti a realizzare servizi innovativi in grado di aiutare il percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle cure primarie nel territorio della Regione Veneto.

Il Consorzio opera come impresa a rete di scopo, e realizza la propria missione producendo servizi che richiedono un'integrazione funzionale tra diversi attori, reingegnerizzando filiere di attività e valorizzando le competenze territoriali esistenti.

4. STRUTTURA, GOVERNO E AMMINISTRAZIONE

Consistenza e composizione della base sociale/associativa

Numero	Partecipazione (%)	Tipologia soci
21	22	Soci operatori cooperative sociali
1	0,00	Soci operatori altre persone giuridiche ETS
0	0,00	Soci operatori altre persone giuridiche non ETS
5	73,00	Soci sovventori e finanziatori

I soci si distinguono nelle seguenti categorie:

- 1) SOCI ISPIRATORI, è socio ispiratore ai sensi di quanto previsto dall'art. 3 dello Statuto, Confocooperative Federsolidarietà Veneto;
- 2) SOCI COOPERATORI, possono assumere la qualifica di soci operatori:
 - a) le cooperative sociali legalmente costituite e/o loro consorzi sociali;
 - b) le cooperative e i consorzi non sociali, associazioni ed enti senza finalità di lucro, persone giuridiche pubbliche o private, comunque rientranti tra i soggetti che possono rientrare in consorzi stabili ai sensi dell'art. 34, comma 1, lett c) del D.Lgs 163/06.
La base sociale ai sensi dell'art. 8 della Legge 381/91, deve essere formata in misura non inferiore al 70% da cooperative sociali. Non possono essere soci cooperative in stato di liquidazione o sottoposte a procedure concorsuali o comunque prive in uno qualsiasi dei requisiti di ordine generale di cui all'art. 38 del D.Lgs 163/2006.
I Soci Cooperatori devono provvedere nel loro Statuto il finanziamento, il sostenimento e lo sviluppo dell'attività delle cooperative sociali.
- 3) SOCI PROMOTORI: Tale qualifica possono assumerla le persone giuridiche che svolgono un'attività di rappresentanza sindacale o di interesse collettivo, specialmente in ambito socio-sanitario, in grado di favorire in modo rilevante il perseguimento delle finalità della Società Cooperativa Consortile o di contribuire alla sua crescita.
- 4) SOCI SOVVENTORI: I conferimenti dei soci Sovventori costituiscono il fondo per il potenziamento aziendale. I conferimenti stessi possono avere ad oggetto denaro, beni in natura o crediti, e sono rappresentati da azioni nominative trasferibili del valore di € 5.000 ciascuna. Ogni socio deve sottoscrivere un numero di azioni determinato secondo quanto stabilito dal regolamento. Salvo che sia diversamente disposto dall'Assemblea in occasione della emissione dei titoli, le azioni dei sovventori possono essere sottoscritte esclusivamente previo gradimento del Consiglio di Amministrazione, sentiti gli altri soci sovventori già in essere. L'emissione delle azioni destinate ai soci Sovventori deve essere disciplinata con deliberazione dell'assemblea, con la quale devono essere stabiliti:
 - a) l'importo complessivo dell'emissione;
 - b) l'eventuale esclusione o limitazione, motivata dal CDA, del diritto di opzione dei soci operatori sulle azioni emesse;
 - c) il termine minimo di durata del conferimento;

d) i diritti patrimoniali di partecipazione agli utili e gli eventuali privilegi attribuiti alle azioni, fermo restando che il tasso di remunerazione non può essere maggiorato in misura superiore a due punti rispetto al dividendo corrisposto previsto per i soci cooperatori;

e) i diritti patrimoniali in caso di recesso;

Ai soci Sovventori spetta un solo voto nelle assemblee, in ogni caso i voti non devono superare il terzo dei voti spettanti a tutti i soci.

Ai Soci Sovventori il diritto di recesso spetta qualora sia decorso il termine minimo di durata del conferimento stabilito dall'assemblea in sede di emissione delle azioni. Oltre a quanto espressamente stabilito, ai Sovventori si applicano le disposizioni dettate a proposito dei soci cooperatori. Non si applicano le disposizioni concernenti i requisiti di ammissione e le clausole di incompatibilità.

Sistema di governo e controllo, articolazione, responsabilità e composizione degli organi

Dati amministratori - CDA:

Nome e Cognome amministratore	Rappresentante di persona giuridica - società	Sesso	Età	Data nomina	Eventuale grado di parentela con almeno un altro component e C.d.A.	Numero mandati	Ruoli ricoperti in comitati per controllo, rischi, nomine, remunerazione, sostenibilità	Presenza in C.d.A. di società controllate o facenti parte del gruppo	Indicare se ricopre la carica di Presidente, vice Presidente, Consigliere delegato, componente, e inserire altre informazioni utili
Marco Chinello	Sì	maschio	48	30/07/2020	nessuno	3	nessuna	Sì	Presidente
Maria Cristina Santi	Sì	femmina	53	30/07/2020	nessuno	2	nessuna	Sì	Vice Presidente
Simone Brunello	No	maschio	47	30/07/2020	nessuno	3	nessuno	Sì	Consigliere
Oscar Licini	Sì	maschio	50	30/07/2020	nessuno	2	nessuno	Sì	Consigliere
Annamaria Bonollo	Sì	femmina	39	30/07/2020	nessuno	2	nessuno	Sì	Consigliere
Andrea Rilievo	Sì	maschio	43	30/07/2020	nessuno	1	nessuno	Sì	Consigliere
Flaviano Zandonai	No	maschio	53	30/07/2020	nessuno	1	nessuno	Sì	Consigliere

Descrizione tipologie componenti CdA:

Numero	Membri CdA
7	totale componenti (persone)
3	Di cui rappresentanti di Soci cooperatori cooperative sociali
0	Di cui rappresentanti di Soci cooperatori altre persone giuridiche ETS
0	Di cui rappresentanti di Soci cooperatori altre persone giuridiche non ETS
2	Di cui rappresentanti di Soci sovventori e finanziatori
2	Di cui non soci

Modalità di nomina e durata carica

Veneto In Salute è amministrato da un CDA composto da un numero di consiglieri variabili da 3 a 21 in base a quanto viene stabilito di volta in volta dall'assemblea.

Nel rispetto dell'art. 2542 c.c. i componenti del CDA vengono scelti come segue:

- ½ sono indicati da Confcooperative Federsolidarietà Veneto in relazione all'interesse che essa ha

nell'attività sociale di Veneto In Salute;

- 1/3 tra i soci sovventori, se presenti;

- i rimanenti tra i soci cooperatori.

L'amministrazione del Consorzio può essere affidata anche a soggetti non soci, purché la maggioranza degli Amministratori sia scelta tra i soci cooperatori.

Gli amministratori non possono essere nominati per un periodo superiore a 3 esercizi societari e scadono alla data dell'assemblea convocata per l'approvazione del bilancio relativo all'ultimo esercizio della loro carica, tutti contemporaneamente. Sono rieleggibili nei limiti massimi consentiti dalla legge.

La cessazione degli amministratori per scadenza del termine ha effetto dal momento in cui il nuovo organo amministrativo è stato ricostituito. Il Consiglio elegge nel suo seno, qualora non vi provveda l'assemblea, il presidente e i vice presidenti.

All'anno si svolgono in media 5 Consigli di Amministrazione ai quali partecipano tutti gli amministratori con regolarità.

Persone giuridiche:

Nominativo	Tipologia
Marco Chinello	Privato
Maria Cristina Santi	Privato
Oscar Licini	Privato
Annamaria Bonollo	Privato
Andrea Rilievo	Privato

Tipologia organo di controllo

Veneto In Salute ha 3 diversi Organi di Controllo:

- Società "La Base Revisione" che effettua la sola revisione contabile ai sensi della Legge 59/92, con un compenso lordo annuo pari a € 9.000.

- Società di Revisione "UNIAUDIT SRL" che effettua la sola revisione legale dei conti ai sensi del D.Lgs 39/10, con compenso lordo annuo pari a € 3.000.

- Collegio sindacale nominato a FEBBRAIO 2021.

Partecipazione dei soci e modalità (ultimi 3 anni):

Anno	Assemblea	Data	Punti OdG	% partecip	% deleghe
2020	Assemblea Ordinaria di seconda convocazione	30/07/2020	1) ratifica aumento del capitale sociale soci sovventori; 2) discussione e approvazione del bilancio chiuso al 31.12.2019 e deliberazioni inerenti e conseguenti; 3) rinnovo consiglio di amministrazione e determinazione dei compensi: delibere inerenti e conseguenti; 4) varie ed eventuali.	79	21
2019	Assemblea Ordinaria di seconda convocazione	16/07/2019	1) Aggiornamenti sull'attività del Consorzio; 2) Discussione ed approvazione del bilancio chiuso al 31.12.2018 e deliberazioni inerenti, correlate e conseguenti; 3) Varie ed eventuali.	100	0
2018	Assemblea Ordinaria seconda convocazione	12/07/2018	1) Emissioni azioni di sovvenzione: ratifica operato del Consiglio di Amministrazione e deliberazioni inerenti, correlate e conseguenti; 2) discussione ed approvazione del bilancio chiuso al 31.07.2017 deliberazioni inerenti, correlate e conseguenti; 3) nomina società di certificazione, ai sensi della L. 59/92; delibere inerenti, correlate e conseguenti; 4) nomina revisore legale per triennio 2018-2020 e deliberazioni inerenti, correlate e conseguenti; 5) risoluzione consensuale dell'incarico di Collegio Sindacale in composizione monocratica conferito dalla Dott.ssa Samantha Visentin alla società di revisione "Ria Grant Thornton" e contestuale nuovo in carico di revisione con delibere inerenti e conseguenti; 6) varie ed eventuali	100	0

Gli argomenti relativi all'operatività e a tutti gli aspetti di miglioramento del livello di servizio e di partecipazione alla vita del Consorzio da parte dei soci, sono compresi nei punti all'ordine del giorno relativi alla qualità e alla certificazione di responsabilità sociale. Le dimensioni del Consorzio e il numero dei partecipanti permettono di avviare un dialogo aperto tra soci e organo amministrativo durante l'Assemblea. Vengono sempre riservati spazi a domande ed eventuali chiarimenti su tutti gli aspetti della vita della Consorzio anche non strettamente legati all'ordine del giorno. Lo statuto non prevede il voto plurimo, in quanto non rilevante rispetto alle previsioni statutarie.

Mappatura dei principali stakeholder

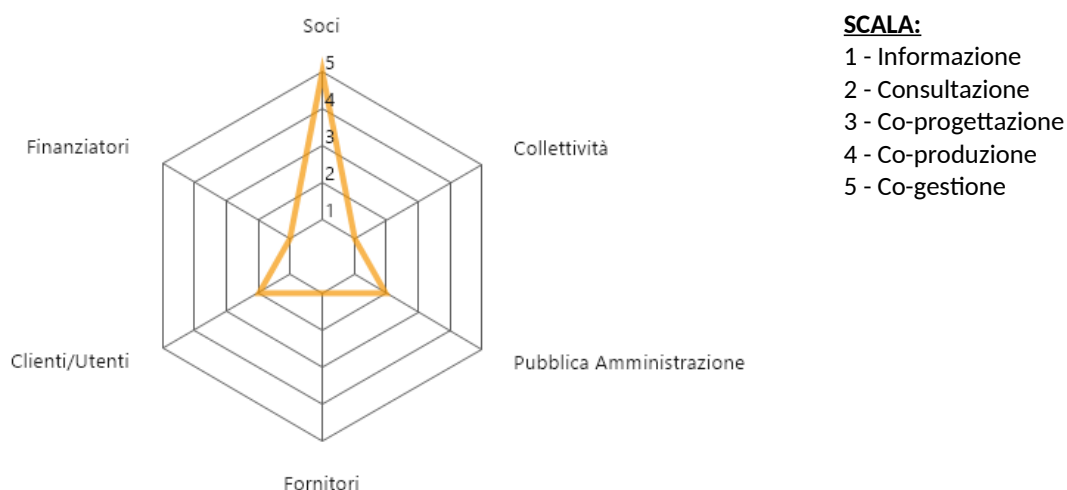
Tipologia di stakeholder:

Tipologia Stakeholder	Modalità coinvolgimento	Intensità
Personale	Non presente	Non presente
Soci	I soci partecipano almeno una volta l'anno all'Assemblea Ordinaria e ad eventuali Assemblee Straordinarie, in cui vengono chiamati ad esprimere il proprio voto su questioni che riguardano la vita sociale, amministrativa e gestionale del Consorzio. Hanno diritto di voto i Soci che risultano iscritti da almeno 90 giorni nel libro soci, ma su delibera del Consiglio di Amministrazione, vi possono intervenire anche	5 - Co-gestione

	i soci che non hanno diritto di voto. La partecipazione all'Assemblea può venire anche per rappresentanza mediante delega conferita ad altro socio, fermo restando che ciascun socio non può rappresentare più di un solo socio. Ciascun socio ha un solo voto, qualunque sia l'ammontare della sua partecipazione.	
Finanziatori	Banca Intesa: anticipo fatture su attività di general contractor	1 - Informazione
Clienti/Utenti	Gli utenti che usufruiscono dei servizi erogati dal Consorzio sono: gli assistiti dell'assistenza primaria territoriale, gli utenti del SAD e SAS, gli ospiti delle strutture residenziali per anziani e delle comunità minori, i pazienti delle strutture sanitarie. Il coinvolgimento dei famigliari e dei servizi invianti è instaurato fin da prima dell'avvio dei servizi tramite un costante dialogo di progettazione e di verifica del servizio erogato. La soddisfazione degli utenti e dei famigliari è monitorata inoltre attraverso la compilazione periodica di questionari di gradimento.	2 - Consultazione
Fornitori	L'attività di forniture è residuale	1 - Informazione
Pubblica Amministrazione	Gestione di appalto su Medicine di Gruppo Integrate ULSS Rovigo	2 - Consultazione
Collettività	Promozione della cultura delle cure primarie nel territorio	1 - Informazione

Percentuale di Partnership pubblico: 90,00%

Livello di influenza e ordine di priorità



Tipologia di collaborazioni:

Descrizione	Tipologia soggetto	Tipo di collaborazione	Forme di collaborazione
Medici Medicina	Altro	Protocollo	Altre Forme

Generale			
Solidarmedica	Impresa sociale	Convenzione - accordi	Altre Forme

5. PERSONE CHE OPERANO PER L'ENTE

Tipologie, consistenza e composizione del personale (retribuito o volontario)

Si precisa che il Consorzio non è titolare di rapporti di lavoro dipendente e non gode di prestazione da parte di volontari. I membri del CdA svolgono il loro ruolo a titolo gratuito. Il personale attivo nelle medicine di gruppo/medicine di gruppo integrate è afferente alle cooperative consorziate. Il Consorzio VIS organizza a favore di questo personale corsi di formazione professionale, nell'ottica di continuo incremento della qualità dei servizi, in collaborazione con Irecoop Veneto. Tale attività risulta quindi avere come destinatario diretto il personale infermieristico e gli assistenti di studio operativi nei vari servizi di assistenza primaria, e come destinatari indiretti i cittadini che fruiscono di tali servizi. Nel 2020, i costi di questi corsi di formazione sono stati sostenuti dalle cooperative consorziate sotto forma di quote di iscrizione dei singoli partecipanti.

Attività di formazione e valorizzazione realizzate

Formazione professionale rivolta esclusivamente ai dipendenti dei Consorziati:

Ore totali	Tema formativo	N. partecipanti	Ore formazione pro-capite	Obbligatoria/non obbligatoria	Costi sostenuti
120	L'infermiere di comunità nell'assistenza primaria	62	60	No	0,00
45	L'assistente di studio medico nell'assistenza primaria	35	45	No	0,00

Struttura dei compensi, delle retribuzioni, delle indennità di carica e modalità e importi dei rimborsi ai volontari "emolumenti, compensi o corrispettivi a qualsiasi titolo attribuiti ai componenti degli organi di amministrazione e controllo, ai dirigenti nonché agli associati"

	Tipologia compenso	Totale Annuo Lordo
Membri Cda	Altro	0,00
Organi di controllo	Emolumenti	0,00
Dirigenti	Non definito	0,00
Associati	Non definito	0,00

I Membri del CdA svolgono le proprie funzioni a titolo gratuito. Per i membri del CdA è previsto unicamente il rimborso chilometrico secondo tabelle ACI. Due membri hanno usufruito del rimborso, per un importo complessivo annuale pari **19.123 €**

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

Obbiettivi d'impatto

- 1) Supporto alle Cooperative aderenti nell'organizzazione dei Servizi entro le MdG/MGI secondo modelli organizzativi efficienti ed efficaci;
- 2) Professionalizzazione dei servizi di front office per incrementare accessibilità, inclusività ed efficacia dei servizi;
- 3) Offrire competenze e strumenti per garantire la salute e la sicurezza dei lavoratori e degli assistiti

Output attività

Considerando le difficoltà peculiari e straordinarie del 2020, connesse con la gestione della Pandemia che ha visto l'assistenza primaria territoriale in prima linea, si considerano come indicatori di risultato inerenti gli obiettivi definiti: il mantenimento dell'operatività dei vari servizi, la formazione erogata al personale, la rapida divulgazione di procedure contenimento del Covid tra le coop consorziate e incontri di coordinamento svolti per innescare l'attività di esecuzione tamponi, ed infine l'attivazione di Solidarmedica per l'acquisto di gruppo di DPI.

Servizi resi DIRETTAMENTE e INDIRETTAMENTE dal Consorzio agli Utenti finali: cfr. sezione "formazione professionale"

Servizi resi INDIRETTAMENTE dal Consorzio agli Utenti finali: cfr. sezione "formazione professionale"

Servizi resi dal Consorzio ai Soci

Nome Del Servizio: Servizio alle imprese sociali aderenti in ambito sanitario sulle cure primarie territoriali

Numero Di Giorni Di Frequenza: 200

Tipologia attività interne al servizio: All'interno del servizio offerto si configurano le attività di general contractor, di aggiornamento formazione, di centrale d'acquisto e di consulenza, di avvio e di mantenimento dei servizi di cure primarie

N. totale	Categoria utenza
21	Cooperative sociali
0	Altri enti ETS

Tipologia attività esterne (Eventi di socializzazione organizzati a contatto con la comunità locale): nessuna

Altre tipologie specifiche di beneficiari non ricompresi nelle elencazioni precedenti: nessuno

Outcome sui beneficiari diretti e indiretti e portatori di interesse

Mantenimento dell'attività dei servizi di continuità assistenziale, garantendo la salute e la sicurezza dei lavoratori.

Possesso di certificazioni di organizzazione, di gestione, di qualità (se pertinenti)

Non in possesso

Esplicitare il livello di raggiungimento degli obiettivi di gestione individuati, gli eventuali fattori risultati rilevanti per il raggiungimento (o il mancato raggiungimento) degli obiettivi programmati

Definito in introduzione.

Elementi/fattori che possono compromettere il raggiungimento dei fini istituzionali e procedure poste in essere per prevenire tali situazioni

Definito in introduzione

7. SITUAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

Provenienza delle risorse economiche con separata indicazione dei contributi pubblici e privati

Ricavi e provenienti:

	2020	2019	2018
Ricavi diretti da Privati-Non Profit	39.567 €	0,00 €	0,00 €
Ricavi diretti da Privati-Imprese e Cittadini	226.631 €	4.323 €	3.085 €
Contributi pubblici	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Ricavi diretti da altri enti	229.316 €	0,00 €	0,00 €
Ricavi diretti da Enti Pubblici per gestione di altre tipologie di servizi (manutenzione verde, pulizie, ...)	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Contributi privati	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Ricavi General Contractor da Enti Pubblici per gestione servizi sociali, socio-sanitari e socio-educativi	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Ricavi General Contractor da Enti Pubblici per gestione di altre tipologie di servizi (manutenzione verde, pulizie, ...)	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Ricavi General Contractor da Privati-Imprese e Cittadini	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Ricavi diretti da Enti Pubblici per gestione servizi sociali, socio-sanitari e socio-educativi	1.819.802 €	2.079.522 €	942.398 €
Ricavi General Contractor da altri	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Ricavi General Contractor da Privati-Non Profit	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Patrimonio:

	2020	2019	2018
Capitale sociale	1.310.000 €	1.310.000 €	980.000 €
Totale riserve	356.041 €	297.766 €	242.828 €
Utile/perdita dell'esercizio	22.707 €	60.077 €	56.638 €
Totale Patrimonio netto	1.688.748 €	1.667.845 €	1.279.467 €

Conto economico:

	2020	2019	2018
Risultato Netto di Esercizio	22.707 €	60.077 €	56.638 €
Eventuali ristorni a Conto Economico	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Valore del risultato di gestione (A-B bil. CEE)	28.882 €	62.487,00 €	58.820 €
---	----------	-------------	----------

Composizione Capitale Sociale:

Capitale sociale	2020	2019
Capitale sociale versato Soci cooperatori altre persone giuridiche ETS	0,00 €	0,00 €
Capitale sociale versato Soci cooperatori cooperative sociali	190.000 €	190.000 €
Capitale sociale versato Soci cooperatori altre persone giuridiche non ETS	0,00 €	0,00 €
Capitale sociale versato Soci sovventori e finanziatori	1.120.000 €	1.120.000 €

Valore della produzione:

	2020	2019	2018
Valore della produzione (Voce Totale A. del conto economico bilancio CEE)	2.315.316 €	2.083.845 €	945.483 €

Capacità di diversificare i committenti

Fonti delle entrate 2020:

2020	Enti pubblici	Enti privati	Totale
Vendita merci	0,00 €	14.900 €	14.900 €
Prestazioni di servizio	1.819.802 €	480.614 €	2.300.416
Lavorazione conto terzi	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Rette utenti	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Altri ricavi	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Contributi e offerte	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Grants e progettazione	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Altro	0,00 €	0,00 €	0,00 €

È possibile indicare, in maniera facoltativa, una suddivisione dei ricavi per settore di attività usando la tabella sotto riportata:

2020	Enti pubblici	Enti privati	Totale
------	---------------	--------------	--------

Servizi socio-assistenziali	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Servizi educativi	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Servizi sanitari	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Servizi socio-sanitari	1.819.802 €	480.614 €	2.300.416 €
Altri servizi	0,00 €	14.900 €	14.900 €
Contributi	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Incidenza pubblico/privato sul valore della produzione 2020:

	2020	
Incidenza fonti pubbliche	1.819.802 €	79,00 %
Incidenza fonti private	495.514 €	21,00 %

Specifiche informazioni sulle attività di raccolta fondi (se prevista)

Non sono state fatte raccolta fondi.

Finalità generali e specifiche delle raccolte effettuate nel periodo di riferimento, strumenti utilizzati per fornire informazioni al pubblico sulle risorse raccolte e sulla destinazione delle stesse

Non sono state fatte raccolta fondi.

Segnalazioni da parte degli amministratori di eventuali criticità emerse nella gestione ed evidenziazione delle azioni messe in campo per la mitigazione degli effetti negativi

Indicare se presenti:

Creazione di gruppo di acquisto per richiedere a Solidarmedica i dispositivi protezione individuale per i soci delle singole cooperative e di tutta Confcooperative.

8. MONITORAGGIO SVOLTO DALL'ORGANO DI CONTROLLO SUL BILANCIO SOCIALE (modalità di effettuazione degli esiti)

Si precisa che, tenuto conto dell'art. 6 - punto 8 - lett a) del D.M. 4/7/2019 - "Linee guida del bilancio sociale per gli ETS", come peraltro già espresso dal Ministero del Lavoro e delle politiche sociali prot. 2491 del 22 febbraio 2018 e la successiva Nota del 31 gennaio 2019, norma che ha ritenuto non applicabili alle cooperative sociali le disposizioni di cui all'articolo 10 del D.Lgs. n.112/2017, il Collegio Sindacale non è tenuto e per questo non ha operato alcun monitoraggio sull'osservanza delle finalità sociali da parte della Cooperativa, in quanto per legge impresa sociale, così non è tenuto a rilasciare e, pertanto, non ha rilasciato la relativa attestazione richiesta di cui all'art. 10, comma 3, del D.Lgs. n.112/2017. Vale comunque segnalare che il Collegio Sindacale ha verificato con riferimento alle finalità sociali della Cooperativa il rispetto, ove applicabili, delle disposizioni contenute nel D. Lgs. n. 112/2017.