

# **Bilancio Sociale FONDAZIONE CESARE GREGORINI E.T.S 2023**

Bilancio sociale predisposto ai sensi dell'articolo 14 del D. Lgs. n.117/2017.

## Parte introduttiva

### Introduzione

La riforma del Terzo settore, ed in particolare l'art. 14 del D.lgs. 117/2017 prevede per le Fondazioni ETS iscritte al registro unico del terzo settore, l'obbligo di redazione del Bilancio Sociale nel caso in cui abbiano maturato ricavi, rendite o entrate comunque denominate, di importo superiore al milione di euro. Tale documento deve essere depositato presso il Registro unico del terzo settore e deve essere pubblicato sul sito internet dell'Ente. In ottemperanza a tale obbligo la Fondazione Cesare Gregorini ETS provvede all'approvazione del suo Bilancio Sociale.

### La lettera del Presidente

L'anno 2023 ha visto l'ingresso della Fondazione Cesare Gregorini negli enti del terzo settore, iscrivendosi al relativo registro unico noto come RUNTS, per tale motivo quest'anno presentiamo la prima edizione del nostro Bilancio Sociale.

Il bilancio sociale è uno strumento di informazione e trasparenza per mettere a disposizione degli stakeholder (lavoratori, cittadini, pubbliche amministrazioni, ecc.), secondo modalità definite da linee guida nazionali, informazioni circa le attività svolte e i risultati sociali conseguiti dall'ente nell'esercizio.

Al centro di questo strumento c'è il concetto, di norma nominato in lingua inglese, di Stakeholder. Ma chi sono questi Stakeholders? In Italiano li potremmo definire "Portatori di interessi", dunque la domanda a cui il Bilancio Sociale risponde sarebbe la seguente: nell'interesse di chi la Fondazione Cesare Gregorini ETS mette in atto le sue attività? Qual è lo scopo delle attività della nostra Fondazione? E che risultati ha raggiunto a favore dei suoi "Portatori di interessi"?

Questo ci porta a riflettere sul perché esistiamo come organizzazione, su chi sono i principali destinatari delle nostre attività. Sicuramente i principali soggetti interessati alle nostre attività sono gli ospiti della nostra struttura residenziale e le loro famiglie, nonché le persone fragili che necessitano di cure, ed i loro familiari. È qui che troviamo il senso profondo della nostra esistenza come Fondazione del Terzo Settore ed il significato per il quale ogni giorno, con dedizione e grande umanità, lavoriamo per garantire un'assistenza di qualità agli Utenti dei nostri servizi.

Il Presidente

Giampaolo Ragaglia

### Nota metodologica

Il Bilancio Sociale dell'anno 2023 viene redatto dalla Fondazione Cesare Gregorini ETS seguendo le "Linee guida per la redazione del bilancio sociale degli enti del terzo settore" varate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con Decreto del 4 luglio 2019, ai sensi di quanto previsto dell'art.14, comma1, d.lgs. 117/2017 e dall'art. 9, comma2, d.lgs. 112/2017 e pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale n. 186 del 9 agosto 2019.

## Identità

### Presentazione e dati Anagrafici

denominazione	FONDAZIONE CESARE GREGORINI E.T.S.
sede	60030 SAN MARCELLO (AN) VIA MATTEOTTI N. 7
capitale sociale	4.742.826
data iscrizione RUNTS	12/09/2023
repertorio iscrizione RUNTS	118411
sezione	Altri enti del terzo settore
codice CCIAA	AN
partita IVA	00655350429
codice fiscale	82002390423
numero REA	132817
forma giuridica	FONDAZIONE
data riconoscimento personalità giuridica	22/11/1962
estremi riconoscimento	Decreto del presidente della repubblica del 22/11/1962

atto costitutivo	14/12/1957
Pec	fondazionecesaregregorini@pec.it
Ente non commerciale	si
Previsione statutaria attività diverse	si
Assenza scopo di lucro	si
Attività di interesse generale	classificazione ICNPO Servizi ospedalieri generali e riabilitativi
Attività di interesse generale	art. 5 comma 1 d.lgs. 117/2017 Prestazioni socio-sanitarie
Regime fiscale applicato	ordinario

## Attività di interesse generale ex art. 2 del D.Lgs. 112/2017

### Tipologia attività

a) art. 5 comma 1 d.lgs. 117/2017: Prestazioni socio-sanitarie, gestione di strutture residenziali per anziani con qualifica di Residenza Protetta – Casa di Riposo autorizzata ai sensi della legge regionale 20/2002

### Tipologia attività

b) Interventi e prestazioni sanitarie

### Tipologia attività

c) Prestazioni socio-sanitarie assistenziale di cui alla legge regionale 20/2002 e smi.

### Descrizione attività svolta

La Fondazione svolge attività di carattere generale senza scopo di lucro, in particolare ha per oggetto le attività indicate alle lettere a), b), c), d), i), k), l), m), q), u) e v) dell'art. 5, comma 1, d.lgs. n. 117/2017.

La Fondazione nel rispetto del quadro normativo che legifera sulle attività di Casa di Riposo e Residenza Protetta, svolge le attività sopra richiamate ed, in particolar modo, le attività assistenziali nei confronti di:

a) anziani bisognosi Sanmarcellesi e non, attraverso la gestione di una Casa di Riposo/Residenza Protetta, adeguatamente attrezzata, di assistenza quotidiana, con priorità di ingresso ai residenti nel Comune di San Marcello e previsione per gli stessi di particolari riduzioni nell'importo delle rette, qualora tale riduzione non entri in contrasto con la normativa regionale e compatibilmente con le disponibilità di bilancio;

b) all'assistenza in genere sotto qualsiasi forma a persone residenti a San Marcello e non, che si venissero a trovare in disagiate condizioni di salute, con priorità di ingresso ai residenti nel Comune di San Marcello e previsione per gli stessi di particolari riduzioni nell'importo delle rette, qualora tale riduzione non entri in contrasto con la normativa regionale e compatibilmente con le disponibilità di bilancio;

Agli Ospiti di cui ai punti a) e b), oltre alle normali prestazioni di carattere alberghiero, verranno erogati servizi specifici di carattere assistenziale, prestazioni sanitarie o di rilievo sanitario, infermieristiche, riabilitative, culturali, ricreative e, fatta salva la libertà di culto, anche religiose.

La Fondazione svolge anche attività di beneficenza, in particolare si impegna annualmente:

a) all'erogazione di contributi all'istruzione, all'infanzia o all'associazionismo, a residenti nel Comune di San Marcello, o associazioni o enti esistenti nel territorio di San Marcello;

b) al versamento di un contributo alla Parrocchia di San Marcello, stabilito annualmente dal CDA, per la celebrazione di Messe e Funzioni Religiose in Chiesa o al Cimitero a favore delle anime dei Defunti della Famiglia Gregorini e fare anche opere di carità;

c) al mantenimento ordinario e straordinario ed alla custodia delle tombe della famiglia Gregorini.

Al finanziamento di quanto previsto sub a), b) e c), riferito ai soli cittadini di San Marcello si provvederà mediante l'utile netto ricavato dai fondi rustici e dei fitti degli edifici urbani e rurali di proprietà della Fondazione accertato con apposito atto deliberativo, e con apposito Regolamento il Consiglio di Amministrazione stabilirà i criteri per lo svolgimento delle attività di cui ai punti a), b) e c) e le modalità di erogazione dei relativi contributi e/o donazioni.

Nel caso in cui gli utili così determinati non permettano l'espletamento di tali attività, la Fondazione potrà usare a tal fine i contributi/donazioni ricevuti da altri enti e Fondazioni, compresi quelli presenti nel Comune di San Marcello.

La fondazione svolge inoltre ogni altra attività volta al perseguimento di fini sociali e al benessere della collettività.

## Sede Legale

---

**Indirizzo**

Via Matteotti n. 7

**Regione**

Marche

**Telefono**

0731267048

**Provincia**

Ancona

**Telefono2**

0731257415

**C.A.P.**

60030

**Comune**

San Marcello

**Email**

amministrazione@fondazionecesaregregorini.it

**Sito Web**

[www.fondazionecesaregregorini.it](http://www.fondazionecesaregregorini.it)

## Sede Operativa

---

**Indirizzo**

Via Matteotti n. 7

**Regione**

Marche

**Telefono**

0731267048

**Email**

amministrazione@fondazionecesaregregorini.it

**C.A.P.**

60033

**Provincia**

Ancona

**Comune**

San Marcello

**Sito Internet**

[www.fondazionecesaregregorini.it](http://www.fondazionecesaregregorini.it)

---

## Storia dell'Organizzazione

### Breve storia dell'organizzazione dalla nascita al periodo di rendicontazione

La Fondazione è il risultato della trasformazione in Fondazione dell'Opera di Beneficenza "Cesare Gregorini", ai sensi e per gli effetti della L.R. Marche n. 5/2008 "Riordino delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e disciplina delle aziende pubbliche dei servizi alla persona".

L'Opera di Beneficenza Cesare Gregorini ha la sua origine dal testamento segreto, depositato presso il Notaio Amedeo Coppetti di Jesi, del Dott. Gino Gregorini del 14 dicembre 1957 e dell'aggiunta ad esso, fatta in data 4 aprile 1960, dal medesimo benefattore, il quale effettuava la donazione dei suoi beni immobili e quelli mobili all'Opera stessa con sede in San Marcello (Ancona), Via Matteotti, n. 7.

L'istituzione è stata eretta in Ente Morale con Decreto del Presidente della Repubblica del 22 novembre 1962.

L'allora Opera di Beneficenza a seguito di giusta deliberazione del Consiglio Comunale di San Marcello n. 7 del 27.03.2009 con la quale si è approvato l'Atto di intesa di cui alla l.r. n. 5/2008, ha attivato la procedura di riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato. Dal giorno 12/09/2023 la Fondazione è iscritta al Registro Unico del Terzo Settore "RUNTS", al repertorio n. 118411, non persegue scopo di lucro, anche indiretto, ed ha come obiettivo esclusivo il perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, mediante lo svolgimento delle attività di interesse generale. La missione della Fondazione è volta al perseguimento di finalità in ambito socio-assistenziale e socio-sanitario, a favore delle persone disabili, in stato di bisogno o disagio sociale, in particolare a favore di anziani.

## Mission, vision e valori

### Mission, finalità, valori e principi della cooperativa

La principale attività di carattere generale svolta dalla Fondazione è l'attività socio assistenziale per la quale la finalità che si propone di perseguire è l'organizzazione dei servizi di assistenza infermieristica, di assistenza alla persona con modalità capaci di garantire una loro piena integrazione funzionale e di rispondere nel migliore dei modi a tutte le necessità dell'utente, considerato come persona nella sua globalità ed in quanto tale bisognoso di cura e di assistenza ma anche di affetti, di stima, di sicurezza, di occasioni di socializzazione, di valorizzazione delle proprie capacità residue.

La Fondazione Cesare Gregorini ETS fa della qualità il punto di riferimento principale del proprio modo di operare, secondo un approccio sistemico che si propone di coniugare ed integrare la qualità dell'organizzazione interna (intesa come qualità dei processi e del personale) e la qualità delle prestazioni e dei servizi (qualità esterna).

- Uguaglianza: i servizi vanno resi secondo regole uguali per tutti, senza discriminazioni di sesso, razza, lingua, religione, condizione sociale o altro ancora, salvaguardando nella sostanza il diritto alla uniformità alle prestazioni, commisurata alle esigenze degli utenti ed in particolare di quelli socialmente più deboli, nonché ai valori religiosi cristiani, morali ed umanitari;
- Imparzialità: gli operatori sono tenuti a tenere atteggiamenti di obiettività, giustizia e imparzialità ed a operare con trasparenza ed onestà;
- Continuità: l'erogazione dei servizi deve essere regolare e continua. Eventuali interruzioni sono espressamente disciplinate dalla legge (come ad esempio la normativa sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali) e rientrano negli aspetti organizzativi del servizio, ed in queste occasioni sono adottate misure volte ad arrecare agli utenti il minor disagio possibile;
- Riservatezza: l'assistenza degli operatori socio sanitari e degli infermieri professionali viene prestata con riservatezza e rispetto, garantendo il segreto professionale sulle informazioni relative a diagnosi e cure;
- Diritto di scelta: è una manifestazione del diritto più ampio di libertà personale, che in ambito socio sanitario si traduce, ogni qualvolta è consentito dalla legislazione vigente, nel diritto alla libera scelta della struttura e del luogo di cura;
- Partecipazione: nell'erogazione dei servizi socio assistenziali/sanitari devono essere sempre garantiti il diritto alla corretta informazione, la possibilità di formulare suggerimenti per il miglioramento dei servizi, nonché la tutela dell'utente nel caso di prestazioni tecnicamente o professionalmente inadeguate;
- Professionalità: la Fondazione garantisce che il personale in servizio è dotato della necessaria professionalità, mantenuta ed accresciuta attraverso la formazione continua;
- Efficacia ed efficienza: sono le caratteristiche essenziali delle prestazioni Socio Assistenziali/Sanitarie cui tende la Residenza per Anziani "Cesare Gregorini ETS" e si esprimono nello sforzo costante di garantire una sempre maggiore qualità delle prestazioni rese e, più in generale, delle azioni volte alla promozione della salute della comunità, evitando nel contempo sprechi di denaro di qualsiasi genere.

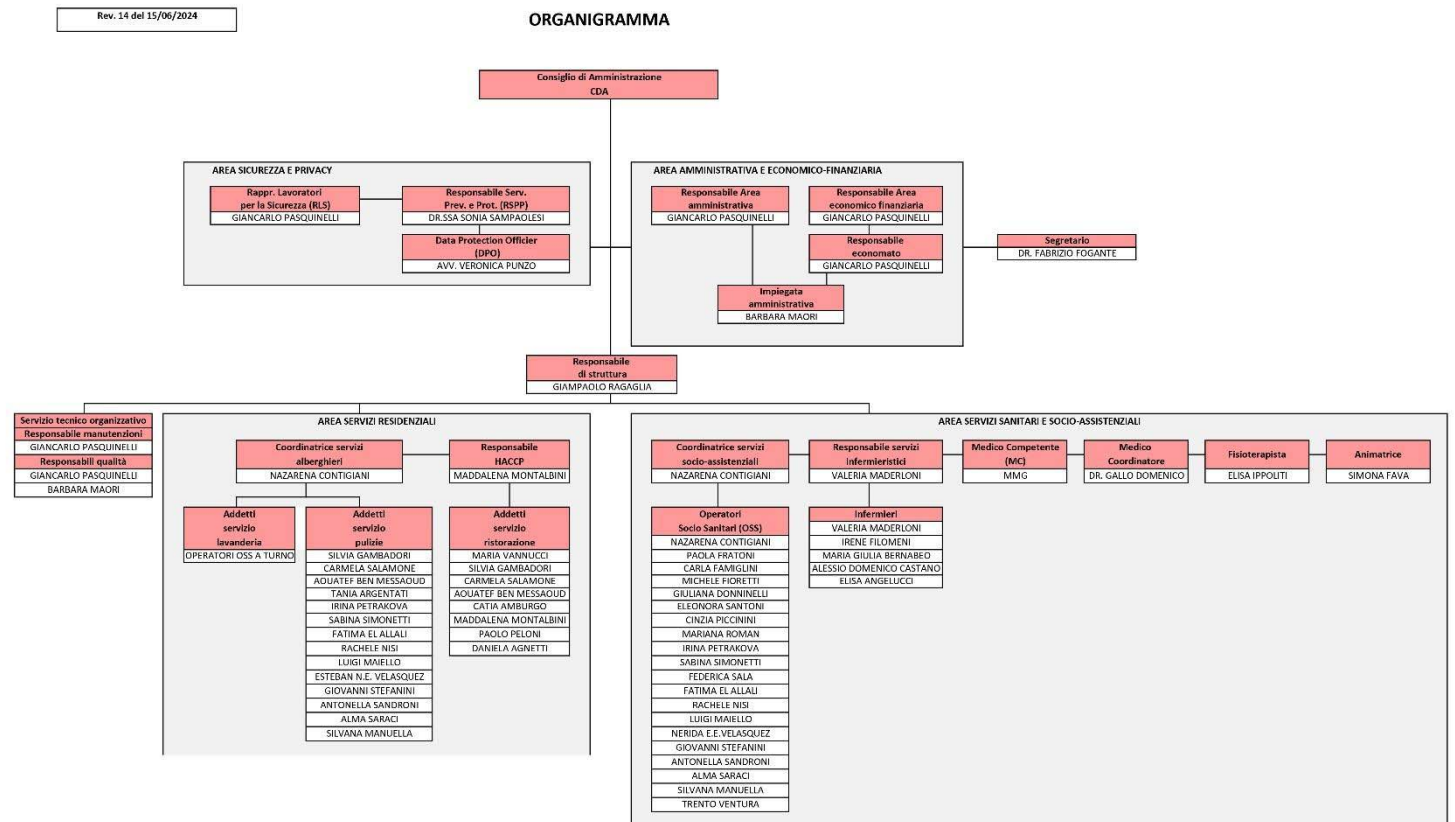
# Governance

## Sistema di governo

La Fondazione è retta da un consiglio di amministrazione, ogni mandato ha durata di 5 anni ed i singoli membri sono nominati ai sensi dell'art. 14 dello Statuto.

La Fondazione è di tipo aperto, ha, pertanto, la possibilità di ammettere associati e di costituire l'assemblea degli associati nel rispetto di quanto stabilito dallo statuto.

## Organigramma



## Responsabilità e composizione del sistema di governo

Lo statuto della Fondazione assegna agli organi i seguenti poteri e le seguenti responsabilità:

### Art. 15 – Consiglio di amministrazione: funzioni e poteri

Il Consiglio di amministrazione esercita le funzioni di indirizzo politico-strategico della Fondazione, definendo gli obiettivi e i programmi di attività e di sviluppo, e verifica la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti.

Il consiglio di amministrazione gode di autonomia amministrativa, le sue scelte ed azioni non soggiacciono alla volontà o indirizzi degli enti che hanno effettuato le nomine, pena la decadenza immediata del consiglio di amministrazione e la conseguente nullità degli atti posti sotto l'influenza degli enti che effettuano le nomine.

Al Consiglio di amministrazione sono conferiti i più ampi poteri sia per l'ordinaria che per la straordinaria amministrazione della Fondazione.

In particolare, spetta al Consiglio:

- deliberare le modifiche allo Statuto;
- approvare e modificare i regolamenti necessari per l'organizzazione ed il funzionamento della Fondazione;

- determinare le rette e le tariffe dei servizi erogati;
- approvare il bilancio preventivo annuale entro il mese di dicembre, il rendiconto di gestione entro il mese di marzo, il bilancio sociale entro il 30 giugno nei casi in cui ricorra l'obbligo come indicato al successivo art. 18 Bis;
- deliberare l'accettazione dei contributi, delle donazioni e dei lasciti;
- deliberare gli acquisti e le alienazioni di beni immobili e con riferimento a questi la costituzione, modifica ed estinzione di diritti reali su di essi;
- deliberare gli acquisti straordinari di beni mobili, rimandando al Regolamento di funzionamento le modalità di acquisto di beni e servizi necessari per l'ordinario funzionamento della Fondazione;
- deliberare l'adesione ai Contratti collettivi nazionali di lavoro dei dipendenti;
- determinare annualmente le dotazioni organiche e relative variazioni;
- approvare le convenzioni con Enti pubblici e con privati, nonché l'adesione a forme associative;
- deliberare in ordine al conferimento degli incarichi professionali;
- deliberare in ordine a locazioni e conduzioni immobiliari urbane e rustiche e in ordine ai contratti di comodato;
- deliberare l'autorizzazione al Presidente a stare e/o resistere in giudizio;
- deliberare la decadenza dei Consiglieri;
- deliberare l'autorizzazione a contrarre mutui attivi e passivi;
- deliberare la stipula di polizze assicurative;
- nominare e revocare il Comitato Tecnico-Scientifico se istituito;
- conferire ai propri membri, per proposta del Presidente, specifiche deleghe per la supervisione e monitoraggio di taluni servizi e settori di attività della Fondazione;
- conferire l'incarico per i Servizi Bancari necessari per la Fondazione;
- qualsiasi altro atto inerente all'interesse della Fondazione nel rispetto delle norme statutarie.

È fatto divieto al consiglio di amministrazione di conferire incarichi o assegnare l'esercizio e/o l'esecuzione delle attività professionali, escluse quelle del comparto sanitario, ad affini e parenti in linea retta e collaterale.

#### Composizione CDA

Presidente: Giampaolo Ragaglia

Numero membri CDA: 5

- Giampaolo Ragaglia   Presidente;
- Lupini Gianluca     Vice – Presidente;
- Catalani Simona     Consigliere;
- Rango Pacifico      Consigliere;
- Belelli Don Fabio    Consigliere.

Membri di sesso maschile: 4

Membri di sesso femminile: 1

## Occupazione: sviluppo e valorizzazione dei lavoratori

### Politiche del lavoro e salute e sicurezza, contratti di lavoro applicati

I servizi socio assistenziali vengono svolti mediante affido dalla COOP. SOC. COOSMARCHE ONLUS SCPA. La Fondazione al 31.12.2023 ha personale dipendente assunto in numero di 4 unità:

2 impiegati amministrativi;

1 operatore oss;

1 responsabile servizio infermieristico.

Il CCNL applicato per i dipendenti amministrativi e oss è il ccnl funzioni enti locali, per la figura di responsabile infermieristico è applicato il ccnl UNEBA. Vista la natura privata dell'ente per uniformare il ccnl applicato a tutti i dipendenti è in corso il passaggio al ccnl UNEBA per tutte le unità assunte. **Per i dipendenti viene costantemente verificato e rispettato il rapporto di cui all'art. 16 del D.Lgs. 117/2017.**

#### Informazioni aggiuntive

**n. dipendenti occupati 4 di cui maschi 1 di cui femmine 3.**

**Contratti part time applicati n. 2, full time n. 2**

#### Attività svolte dai volontari

Non sono presenti volontari

#### Compensi dell'organo amministrativo e dell'organo di controllo.

Le cariche amministrative hanno carattere di gratuità, ai membri del consiglio di amministrazione non vengono riconosciuti compensi, gettoni e neanche eventuali rimborsi, se non per le spese anticipate sostenute in nome e per conto della Fondazione.

All'organo di Controllo viene corrisposto un compenso annuo pari ad euro 3.000,00 oltre oneri di legge.

## Formazione

La Fondazione adotta uno specifico piano di formazione. Per l'anno 2023 il piano di formazione adottato è stato il seguente:

28 Febbraio Webinar ASPETTI GIURIDICI DELLA DOCUMENTAZIONE IN AMBITO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO

tenuto da: Duilio Loi

organizzato da: Zucchetti Healthcare

Marzo – Aprile Webinar ASPETTI CONTABILI E FISCALI DEI NUOVI ETS

2 Marzo: IMPIANTO CONTABILE E PIANO GENERALE DEI CONTI

9 Marzo: INFORMAZIONI OBBLIGATORIE ED OBBLIGHI DI RENDICONTAZIONE

15 Marzo: GLI ALTRI DOCUMENTI RICHIESTI DAL CTS E LE MODALITA' DI ACCESSO AL RUNTS

23 Marzo: GLI ASPETTI STRATEGICI DA VALUTARE PRIMA DELL'ISCRIZIONE AL RUNTS

5 Aprile: LA FISCALITA' DIRETTA DEGLI ETS

12 Aprile: LA FISCALITA' IVA ED INDIRECTA DEGLI ETS

tenuto da: Dott. Ernesto Gatto

organizzato da: SAF Mediodriatica Commercialisti

6 Giugno Webinar ELABORAZIONE E GESTIONE DEL PAI IN STRUTTURA RESIDENZIALE

tenuto da: Annalisa Pennini organizzato da: Zucchetti Healthcare

13 Giugno Corso presso Ospedale Murri Jesi S.I.R.TE RESIDENZIALE

tenuto da: relatori vari

organizzato da: AST – Distretto Sanitario Jesi

16 Settembre Corso presso Croce Gialla Chiaravalle ESECUTORE DI BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION PER SANITARI

tenuto da: Pasquale Palumbo



organizzato da: Associazione Forte ETS

28 Settembre Webinar DALLA TELEMEDICINA ALLA TELESORVEGLIANZA NUOVI STRUMENTI DIGITALI PER L'EFFICIENTAMENTO DEI PROCESSI DI CURA

organizzato da: Zucchetti Healthcare

23 e 25 Ottobre Webinar INTRODUZIONE AL CONTROLLO DI GESTIONE PER LE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE

tenuto da: Claudio Travaglini

organizzato da: Zucchetti Healthcare

6 Dicembre Corso in presenza presso la Biblioteca La Fornace di Moie SERVIZI SOCIALI, SOCIOSANITARI, SANITARI: TRA ESIGENZE E DIRITTI

tenuto da: Fabio Ragaini

organizzato da: Gruppo Solidarietà

## Qualità dei servizi

### Attività e qualità di servizi

---

#### QUALITA'

La Fondazione Cesare Gregorini ETS fa della qualità il punto di riferimento principale del proprio modo di operare, secondo un approccio sistemico che si propone di coniugare ed integrare la qualità dell'organizzazione interna (intesa come qualità dei processi e del personale) e la qualità delle prestazioni e dei servizi (qualità esterna). Per dare concreta attuazione a questo approccio alla qualità, la Fondazione si è dotata di un insieme di strumenti operativi che nel loro complesso vanno visti come un sistema unico ed integrato. Elementi portanti del sistema, ovvero le cornici entro cui si collocano gli strumenti specifici, sono costituiti da un modello organizzativo e gestionale basato sull'utilizzo di indicatori di Qualità. Essi prendono in considerazione tutti i processi aziendali, da quelli direzionali a quelli più direttamente operativi, secondo un approccio sistemico fortemente orientato alla soddisfazione degli utenti.

<b>OBIETTIVI DI QUALITA'</b>	
<b>DIMENSIONE DI QUALITA'</b>	<b>OBIETTIVI</b>
<b>1.</b> Colloquio conoscitivo da parte del Responsabile di struttura del nuovo personale dell'affidatario prima dell'inserimento in organico	Garantire che il nuovo personale dell'affidatario abbia conoscenza di quanto la Struttura affidante richiede al personale in servizio (privacy, comportamento, rapporti con gli ospiti, ecc.)
<b>2.</b> Adozione delle misure previste dal GDPR 2016/679 per la protezione dei dati personali	Operare nel pieno rispetto delle procedure di protezione dei dati sottoposti a privacy nei confronti sia degli utenti che degli operatori; garantire la sicurezza dei processi di gestione e archiviazione dei dati e dei documenti contenenti informazioni sensibili; individuare i responsabili dei trattamenti dei dati e le modalità previste per richiedere la loro cancellazione e la consegna della documentazione clinica e amministrativa prodotta nel corso della permanenza in Struttura.
<b>3.</b> Adozione delle misure previste dalla L. 81/08 per il rispetto delle norme di sicurezza	Ottenimento dei massimi livelli di sicurezza all'interno della struttura per gli operatori e per gli utenti. Adozione di attrezzature conformi ai requisiti di sicurezza previsti dalla normativa vigente; previsione di un piano di monitoraggio della struttura, strumentazioni ed attrezzature con il conferimento di incarichi a consulenti esterni specializzati per le dotazioni tecnologiche della struttura; utilizzo della formazione e informazione come strumento principale di prevenzione dei rischi per la sicurezza; adozione dei piani e delle misure collettive di prevenzione e individuali di protezione atte a ridurre i rischi per operatori e utenti.
<b>4.</b> Utilizzo di strumenti per la raccolta reclami	Predisporre una metodologia sistematica di raccolta di informazioni sulla qualità del servizio e sui livelli di soddisfazione da parte degli utenti (pazienti e familiari), rappresenta il modo migliore per verificare la correttezza delle analisi di appropriatezza dei percorsi terapeutici acquisiti e delle misure correttive adottate, in logica di miglioramento continuo della qualità. Sulla base di tali riscontri si potranno in essere ulteriori azioni di modifica dei processi a loro volta da sottoporre a controllo in logica ciclica e di sistema.
<b>5.</b> Professionalità e competenza dell'operatore (MMG; Infermiere; Fisioterapista; Operatore Socio Sanitario; Animatore; Ausiliario)	Disporre di sistemi e metodologie in grado di valutare se gli operatori sanitari, socio-sanitari sono dotati dei titoli, delle competenze e della motivazione necessarie al raggiungimento dei risultati dell'organizzazione.
<b>6.</b> Tempestività degli inserimenti	Garantire la tempestiva presa in carico delle richieste di ingresso (familiari, UVI) mediante analisi della domanda e valutazione dell'idoneità della Struttura alla specifica situazione clinica. Garantire agli utenti e ai loro familiari processi trasparenti di presa in carico e inserimento in lista di attesa, indicando le modalità di un possibile inserimento, al fine di consentire a loro e ai loro curanti di scegliere l'iter socio-assistenziale da perseguire in tempi celeri.
<b>7.</b> Programmazione, coordinamento e supervisione del Servizio	Per ottenere i risultati attesi concordati con utenti, familiari ed Enti invianti, l'organizzazione si dota di processi e metodologie di coordinamento delle attività in logica di integrazione degli interventi dei diversi operatori, a cura del Responsabile della Struttura, attraverso l'utilizzo di strumenti condivisi di pianificazione assistenziale (PAI), il controllo sistematico della sua esecuzione, dei risultati raggiunti, la sua modifica alla luce dei monitoraggi periodici, anche grazie all'utilizzo di procedure informatizzate di raccolta e gestione delle informazioni cliniche.

<p><b>8.</b> Collaborazione con i servizi sanitari/sociali di competenza territoriale</p>	<p>Al fine di garantire il necessario collegamento con il territorio, è necessario che si mantengano costanti rapporti con i servizi socio-sanitari invianti, per predisporre modalità assistenziali volte al recupero e mantenimento delle condizioni di salute e delle abilità sociali e cognitive.</p>
<p><b>9.</b> Raccolta anamnesi, gestione documentazione</p>	<p>La raccolta, la gestione, la condivisione della documentazione clinica e degli interventi effettuati dai vari membri dell'equipe rappresenta un fattore fondamentale di appropriatezza delle cure e dei percorsi. L'organizzazione si è dotata a tal fine di sistemi informatizzati per l'inserimenti dei dati clinici e degli interventi, strumento condiviso da tutta l'equipe e in grado di consentire analisi prospettiche multifattoriali assolutamente necessarie per la valutazione appropriata del percorso.</p>
<p><b>10.</b> Inquadramento clinico – definizione obiettivi terapeutici</p>	<p>L'impostazione del percorso terapeutico-riabilitativo richiede una corretta ed accurata diagnosi da effettuarsi a carico delle figure mediche/infermieristiche, socio-assistenziali e riabilitative della struttura, in collaborazione con i servizi invianti. Come esito viene predisposto il PAI (Piano Assistenziale Individuale), condiviso con i familiari degli ospiti. Esso stesso funziona da strumento di integrazione dell'Equipe.</p>
<p><b>11.</b> Compliance al percorso assistenziale</p>	<p>L'UVM verifica, ogni sei mesi od in caso di variazione delle condizioni di salute dell'ospite che richiedano una revisione, che gli obiettivi del PAI siano stati raggiunti o meno. In base all'analisi dei risultati dei trattamenti e del raggiungimento degli obiettivi, verrà prodotto un nuovo PAI al fine di migliorare i processi e i percorsi assistenziali e clinici messi in atto.</p>
<p><b>12.</b> Supporto dell'animatrice</p>	<p>L'aspetto della socializzazione, le attività di gruppo ricreative, espressive, di riflessione o espressione nel gruppo rappresentano un aspetto importante e devono essere garantite dall'animatrice in integrazione con le attività fisioterapiche, mediche e socio-assistenziali.</p>
<p><b>13.</b> Verifica e monitoraggio del PAI per ogni utente; verifica andamento partecipazione a laboratori e attività ricreative</p>	<p>Fattore imprescindibile per la valutazione del percorso di cura è la valutazione, da effettuarsi con periodicità costante ad opera dell'equipe multispecialistica.</p>
<p><b>14.</b> Monitoraggio della soddisfazione/gradimento di utenti e famigliari</p>	<p>Aspetto fondamentale ai fini del miglioramento continuo della qualità. Vengono predisposti sistemi di monitoraggio del livello di soddisfazione degli utenti e dei loro familiari. Questo indicatore esterno di appropriatezza dei servizi sarà strumento fondamentale di rivalutazione dei processi messi in atto.</p>
<p><b>15.</b> Verifica dei risultati raggiunti, monitoraggio del servizio e indicazione linee guida generali e strategiche di sviluppo dell'attività</p>	<p>Il complesso delle attività e dei risultati raggiunti su base annuale sono sottoposti ad attività di monitoraggio da parte del Resp. di Struttura con il supporto analitico del servizio Supporto Tecnico-Organizzativo. Tali esiti vengono illustrati in apposite riunioni indette ogni inizio anno con il Consiglio di Amministrazione della struttura ed influenzeranno, in base alle analisi effettuate e ai provvedimenti correttivi individuati, anche la predisposizione nel budget del successivo anno di risorse ritenute necessarie a migliorare aspetti non soddisfacenti emersi dalla gestione del precedente anno.</p>
<p><b>16.</b> Attività assistenziali (infermieri, oss)</p>	<p>Al fine di migliorare il processo riabilitativo, anche le attività di assistenza sanitaria infermieristica e socio-assistenziale verranno sottoposte a monitoraggio in base a parametri generali quali cadute, infezioni, ferite da decubito.</p>
<p><b>17.</b> Servizi alberghieri e della manutenzione</p>	<p>Aspetto essenziale all'interno del trattamento è ovviamente la predisposizione dei momenti dei pasti. Essi hanno una vera e propria valenza terapeutica e, pertanto, si valuteranno la qualità e sapidità dei cibi, la rispondenza ai menù indicati, il livello di cottura, le condizioni igieniche generali in cui avverranno le somministrazioni, la puntualità, la flessibilità quando richiesta. Altro aspetto che verrà valutato sarà il livello di pulizia ed igiene degli ambienti, includendo in essi anche la funzionalità delle strumentazioni interne alla struttura, dagli impianti termo-sanitari a quelli elettrici, dalle connessioni wi-fi all'ascensore o al climatizzatore. Inoltre, verrà valutata la manutenzione delle aree esterne. Tali dimensioni saranno anche indagate attraverso i questionari di soddisfazione sottoposti ogni anno agli utenti e loro familiari.</p>

<p><b>18.</b> Aumento dello spazio a disposizione degli ospiti</p>	<p>Importanza fondamentale per il miglioramento della vita comunitaria è l'individuazione di nuovi spazi per consentire agli ospiti di condividere momenti di convivialità per esempio durante la somministrazione dei pasti, ecc..</p>
--	---

<b>INDICATORI DI QUALITA'</b>		
<b>DIMENSIONE DI QUALITA'</b>	<b>ATTIVITA'</b>	<b>INDICATORI - BASE 1 ANNO</b>
<b>1.</b> Colloquio conoscitivo da parte del Responsabile di struttura del nuovo personale dell'affidatario prima dell'inserimento in organico	Effettuare un colloquio conoscitivo con il nuovo personale che viene inserito per la prima volta all'interno dell'organico della Struttura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colloqui conoscitivi Responsabile di Struttura/nuovo operatore: 100%</li> </ul>
<b>2.</b> Adozione delle misure previste dal GDPR 2016/679 per la protezione dei dati personali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modulo per la privacy firmato da ciascun utente o familiare nel caso di minori o portatori di handicap, persone incapaci di intendere e di volere</li> <li>• Modulo firmato del consenso informativo per i dipendenti della Fondazione</li> <li>• Aggiornamento registro attività di trattamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero utenti e numero moduli per la privacy firmati: 100%</li> <li>• Numero dipendenti della Fondazione e numero moduli consenso firmati: 100%</li> <li>• Aggiornamento registro attività di trattamento completato</li> </ul>
<b>3.</b> Adozione delle misure previste dalla L. 81/08 per il rispetto delle norme di sicurezza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenza del DVR e suo aggiornamento</li> <li>• Sorveglianza sanitaria preventiva/periodica</li> <li>• Formazione di base neo-assunti</li> <li>• Formazione specifica (Pronto Soccorso, Antincendio, Video terminali, etc)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DVR aggiornato ad ogni modifica organizzativa con impatti sulla sicurezza</li> <li>• Numero operatori e numero visite mediche: 100%</li> <li>• Numero assunti e numero dipendenti presenti ai corsi di formazione: 100%</li> <li>• Numero addetti e numero presenze alla formazione: 100%</li> </ul>
<b>4.</b> Utilizzo di strumenti per la raccolta reclami	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Messa a disposizione scheda reclamo agli utenti e familiari</li> <li>• Recupero scheda reclamo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Messa a disposizione scheda reclami: 100% utenti/familiari</li> <li>• Ricezione reclami: massimo 5% sul totale degli utenti in un anno</li> <li>• Giorni intercorsi tra la data di ricevimento del reclamo e quella di risposta (se la scheda reclamo non anonima): &lt;15 giorni</li> </ul>
<b>5.</b> Professionalità e competenza dell'operatore (MMG; Infermiere; Fisioterapista; Operatore Socio Sanitario; Animatore; Ausiliario)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possesso titoli abilitanti da normative di riferimento nazionali e regionali</li> <li>• Somministrazione scheda valutazione prestazioni da parte del referente diretto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Titolo di studio e/o anni di esperienza richiesti come da normative vigenti: 100% degli operatori</li> <li>• Effettuazione valutazione strutturata prestazioni: 100% degli operatori</li> </ul>
<b>6.</b> Tempistica degli inserimenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nel momento in cui si libera un posto letto: inserimento di un nuovo ospite dopo valutazione per la presa in carico da parte del Responsabile di Struttura e della Responsabile infermieristica</li> <li>• Predisposizione lista di attesa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserimento in lista di attesa: &lt;= 7 giorni dal ricevimento della domanda dell'Ambito IX o della valutazione UVI</li> <li>• Tempo intercorso tra la liberazione del posto letto e l'ingresso del nuovo ospite: &lt;= 4 giorni</li> </ul>
<b>7.</b> Programmazione, coordinamento e supervisione del Servizio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe settimanale Responsabile di Struttura/Responsabile Infermieristico/Referente Oss/Responsabile della Qualità</li> <li>• Incontro generale di equipe (tutti gli infermieri, tutti gli oss, fisioterapista, personale di cucine e pulizie,)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero riunioni di equipe settimanali/anno: &gt;=10</li> <li>• Numero riunioni di equipe generale &gt;=1</li> </ul>
<b>8.</b> Collaborazione con i servizi sanitari/sociali di competenza	Incontri con i Servizi Inviati del territorio	Presenza: 100% attività informative, tecniche, formative tavole rotonde etc.

territoriale		rivolte alle direzioni di strutture per anziani e organizzati da Ambito sociale, sanità, enti del territorio
9. Raccolta anamnesi, gestione documentazione	Compilazione della cartella clinica informatica con presenza delle informazioni relative ad anamnesi, storia personale, medico curante, descrizione personalità, gestione emotiva e altre informazioni utili alla presa in carico	100% utenti
10. Inquadramento clinico – definizione obiettivi terapeutici	Compilazione Piano Assistenziale Individuale (PAI)	100% dei nuovi ingressi entro 1 mese dall'ingresso
11. Compliance al percorso assistenziale	Numero richieste di dimissioni entro 3 mesi dall'ingresso/numero nuovi ingressi	< 10% nuovi ingressi
12. Supporto clinico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione infermieristica stato salute</li> <li>• Visita MMG</li> <li>• Valutazione socio-assistenziale</li> <li>• Attività fisioterapiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione infermieristica e socio assistenziale stato salute: 2 volte al giorno</li> <li>• Visita MMG: minimo 1 volta al mese</li> <li>• Attività fisioterapiche: 2 volte a settimana</li> </ul>
13. Supporto dell'animatrice	Organizzazione o partecipazione ad uscite, laboratori, attività di svago o ricreative, uscite sul territorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uscite: &gt;= 2 all'anno</li> <li>• Laboratori: &gt;= 2 all'anno</li> <li>• Attività di svago o ricreative: &gt;= 2 all'anno</li> </ul>
14. Verifica e monitoraggio del PAI per ogni utente; verifica andamento partecipazione a laboratori e attività ricreative	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incontro Referente infermieristica/Referente OSS/ Fisioterapista/Animatrice/Responsabile della qualità per verifica PAI individuali;</li> <li>• Utilizzo di schede per laboratori e attività per rilevare obiettivi, motivazione, risultati raggiunti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero incontri di verifica dei progetti da parte dell'equipe dedicata &gt;=2 all'anno</li> <li>• Compilazione schede per laboratori e attività ricreative/laboratori: 100% incontri</li> </ul>
15. Presa in carico globale	Incontro del Responsabile di Struttura o della Referente infermieristica o dei Referenti degli OSS con familiari o figure significative degli ospiti durante la permanenza in Struttura	1 volta l'anno
16. Monitoraggio della soddisfazione/gradimento di utenti e famigliari	Presenza di un questionario di soddisfazione/gradimento compilato da utenza e familiari	Valutazione del 100% dei questionari di gradimento restituiti dagli utenti e/o familiari ogni 12 mesi
17. Verifica dei risultati raggiunti, monitoraggio del servizio e indicazione linee guida generali e strategiche di sviluppo dell'attività	Riunione annuale del Consiglio di amministrazione, Responsabile di Struttura, Referente infermieristica, Referente OSS e Responsabile della Qualità	1 volta all'anno

<p><b>18. Attività assistenziali</b></p>	<p>Misurazione periodica annuale di alcuni indicatori relativi all'attività assistenziale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero utenti vittima di cadute &lt;5</li> <li>• Numero utenti vittima di cadute accidentali e imprevedibili &lt;2</li> <li>• Rapporto tra numero utenti vittima di cadute prevedibili e numero utenti con fattori di rischio identificati ≤ 1%</li> <li>• Numero utenti che hanno riportato lesioni a seguito di cadute &lt;5</li> <li>• Numero utenti vittima di cadute ripetute ≤3</li> <li>• Numero utenti colpiti da lesioni traumatiche (incidenti) nell'ambito della loro movimentazione da parte degli operatori ≤4</li> <li>• Numero utenti che hanno sviluppato in struttura lesioni da decubito ≤1</li> <li>• Rapporto tra numero utenti con lesioni da decubito guariti e numero utenti con lesioni da decubito ≥ 98%</li> <li>• Numero di utenti che hanno contratto infezioni dell'apparato gastro intestinale &lt;5</li> <li>• Rapporto tra numero di utenti che hanno contratto infezioni delle vie respiratorie e numero utenti &lt;5%</li> <li>• Numero di utenti che hanno contratto infezioni delle vie urinarie ≤5</li> </ul>
<p><b>19. Servizi alberghieri e della manutenzione</b></p>	<p>Somministrazione questionario di gradimento annuale e ricezione schede reclamo. Ispezione diretta a cura del Responsabile della Qualità</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero reclami inerenti il servizio di pulizie ≤1</li> <li>• Numero reclami inerenti il servizio di lavanderia ≤1</li> <li>• Numero reclami inerenti il servizio di mensa ≤1</li> <li>• Numero reclami inerenti malfunzionamenti impianti ed attrezzature ≤1</li> <li>• Numero ispezioni dirette da parte del Responsabile della Qualità ≥12</li> <li>• Numero rilevazioni condizioni non adeguate nella pulizia ambienti a seguito di ispezione da parte del Responsabile della Qualità ≤2</li> </ul>
<p><b>20. Aumento dello spazio a disposizione degli ospiti</b></p>	<p>Verifica ultimazione lavori di spostamento cucina, ampliamento stanze refettorio, creazione nuova infermeria</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavori terminati entro 30 settembre 2024</li> </ul>
<p><b>21. Incident reporting</b></p>	<p>Misurazione numero incidenti, eventi avversi, quasi incidenti, quasi infortuni</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≤ 6 incidente anno</li> <li>• ≤6 eventi avversi anno</li> <li>• ≤2 quasi incidente/infortunio anno</li> </ul>

<b>22. Rischio clinico</b>	Effettuazione audit clinico con valutazione eventi avversi, eventi sentinella, near miss	● ≤2 eventi avverso anno
----------------------------	--	--------------------------



## Impatti dell'attività

### Rapporto con la collettività

La Fondazione Cesare Gregorini E.T.S. è una realtà fortemente insediata nelle comunità nel cui ambito opera

### Rapporto con la Pubblica Amministrazione

La Fondazione Cesare Gregorini E.T.S. promuove la collaborazione nei servizi sociali costituiti presso le Pubbliche Amministrazioni dei territori nel cui ambito opera

### Impatti ambientali

La Fondazione Cesare Gregorini E.T.S. nelle proprie scelte organizzative, operative e di acquisto di materiali e prodotti persegue una politica di riduzione dell'impatto ambientale

## Situazione Economico-Finanziaria

### Attività e obiettivi economico-finanziari

#### Situazione economica, finanziaria e patrimoniale

L'esercizio conclusosi al 31.12.2023 ha fatto registrare una perdita di euro 384.733,42. Tale perdita è stata generata in conseguenza della minusvalenza da alienazione di € 410.553,52, registrata in conseguenza della vendita della palazzina sita in via Gregorini al Comando nazionale dei Carabinieri, per consentire la realizzazione di una caserma nel Comune di San Marcello. Tale operazione è stata gestita nel rispetto dello spirito solidaristico su cui si basa la Fondazione, con lo scopo di apportare un'ulteriore utilità sociale alla comunità del Comune di San Marcello.

La gestione della Fondazione fino all'anno 2023, se si esclude l'eccezionale minusvalenza, ha sempre mantenuto gli equilibri economico-finanziari e non ha vissuto criticità neanche nei periodi di più elevata criticità, come gli anni del covid e gli anni immediatamente successivi nei quali il trend inflazionistico ha causato numerosi rincari.

A partire già dall'anno 2023 la Fondazione ha avviato una riorganizzazione sia dal punto di vista operativo che gestionale. Dal punto di vista operativo ha avviato l'adeguamento strutturale della struttura adibita a residenza protetta – casa di riposo, circostanza necessaria all'adeguamento ai nuovi standard regionali che consentiranno la presentazione delle nuove domande di autorizzazione e accredito del servizio. Inoltre l'adeguamento a detti standard ha necessitato un adeguamento anche sotto il profilo gestionale, in quanto la Fondazione per mantenere in vita la sua autorizzazione socio sanitaria ha necessariamente dovuto attivare idonei protocolli atti a mantenere alto lo standard qualitativo ed un maggior controllo sul servizio. Per ottenere ciò la Fondazione a partire dall'anno 2023 ha assunto una nuova figura nell'ufficio amministrativo, ed una nuova figura con qualifica di infermiera che opera nella struttura nella veste di responsabile del servizio infermieristico. A tali adeguamenti si affiancherà nel corso del biennio 2024 – 2025 una riorganizzazione complessiva del servizio socio assistenziale erogato agli ospiti della struttura.

Per quanto concerne la gestione futura non sono previste problematiche che inficino sulla gestione della struttura; ciò in quanto, sebbene la Fondazione Cesare Gregorini E.T.S. dovrà sostenere dei maggiori costi a seguito del rinnovo del CCNL delle cooperative sociali, stimato a regime in un più 13% del costo per servizi attuale, e degli altri aumenti prevedibili su base storica, la Fondazione sta valutando processi di riorganizzazione del servizio ad oggi erogato senza andarne a ledere la qualità, e qualora se ne ravvisasse la necessità si valuterà l'adeguamento delle rette applicate per sopperire ai maggiori costi e mantenere invariato lo standard qualitativo.

Ciò detto la nostra struttura ha una buona referenza sul mercato, circostanza provata anche dalla lunga lista d'attesa di persone che vogliono inserire i loro familiari presso la nostra residenza.

## Attivo patrimoniale, patrimonio proprio, utile di esercizio

### Dati da Bilancio patrimoniale

Attivo patrimoniale	€ 5.010.005,99
Patrimonio proprio	€ 4.600.727,73
Perdita di esercizio	-€ 384.733,42

## Proventi e ricavi

Descrizione	31/12/2023	31/12/2022	Variazioni
A) Ricavi, rendite e proventi da attività d'interesse generale	1.383.605,98	1.247.111,10	136.494,88
B) Ricavi, rendite e proventi da attività diverse	148.370,97	127.939,62	20.431,35
C) Ricavi, rendite e proventi da attività di raccolta fondi			
D) Ricavi, rendite e proventi da attività finanziarie e patrimoniali	1,43	138.974,86	(138.973,43)
e) Ricavi, rendite e proventi di supporto generale			
<b>Totale</b>	<b>1.531.978,38</b>	<b>1.514.025,58</b>	<b>17.952,80</b>

## Fatturato per tipologia di retta

<b>7 - Ricavi Per Prestazioni E Cessioni A Terzi</b>	<b>886.394,94</b>
Retta non auto a basso grado ass 2 letti	583,12
Retta autosuff. residenti 2 letti	23.524,25
Retta autosuff. NON residenti 2 letti	49.145,29
Retta non autosuff. residenti 2 letti	5.298,46
Retta non autosuff. NON residenti 2letti	40.710,88
Retta autosuff. NON residenti 1 letto	18.980,27
Retta non auto basso grado R 2 letti	24.866,92
Retta non auto basso grado NON R 2 letti	48.026,30
Retta non auto 1 letto ( RP conv. )	46.211,80
Retta non auto 2 letti ( RP conv. )	536.218,00
Retta posto del sollievo	83.329,52
Altri servizi socio assistenziali	9.500,13

## Obiettivi di Miglioramento

### **Obiettivi di miglioramento della rendicontazione sociale**

Il bilancio sociale 2023 è il primo documento di questo genere redatto dalla Fondazione Cesare Gregorini E.T.S.. Rappresenta pertanto un passaggio ulteriore di un percorso che intendiamo sviluppare ed approfondire al fine di migliorare costantemente le nostre pratiche di rendicontazione sociale.

Come precisato nella sezione qualità gli obiettivi che la fondazione si è fissata riguardano il raggiungimento ed il mantenimento dei più elevati standard di qualità. Nella precedente sezione sono stati anche individuati gli indicatori che sono presi a riferimento per monitorare il raggiungimento e mantenimento degli obiettivi prefissati.

Per garantire e ricercare un costante miglioramento degli obiettivi, la Fondazione Cesare Gregorini si è dotata di apposite procedure e figure di seguito meglio descritte.

### **Presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali.**

La Fondazione Cesare Gregorini ETS ha identificato degli organi in seno alla propria organizzazione deputati al controllo del raggiungimento degli obiettivi programmati e del rispetto dei parametri di qualità che la struttura si è data, obiettivi per i quali si rimanda alla sezione qualità del presente bilancio sociale.

La figura di riferimento per la supervisione ed il controllo del buon andamento della struttura è il Presidente della Fondazione cui sono demandati su delega del Consiglio di Amministrazione compiti di organizzazione, indirizzo, supervisione e controllo degli aspetti organizzativi e funzionali indicati nella tabella di cui al punto precedente (Area Sanitaria e di Manutenzione). Suo compito, inoltre, è quello di redigere le procedure che governano i processi interni alla struttura e verificarne la corretta attuazione.

Per svolgere questo incarico il CdA ha individuato delle funzioni, denominate Supporto Tecnico-Organizzativo (STO) - Responsabile della Qualità - RSPP, le quali hanno il compito di affiancare, dare consulenza ed effettuare i controlli in tutte le aree organizzative in cui si articola il servizio. Esse intervengono su indicazione del Presidente/Responsabile della Struttura, per conferimento del CdA, (o sulla base di indicazioni normative).

La funzione di Supporto Tecnico Organizzativo, a seconda delle attività da svolgere, è ricoperta dal personale assunto dalla Fondazione in base al mansionario.

La funzione di Responsabile della Qualità è ricoperta dal personale assunto dalla Fondazione in base al mansionario. Gli stessi si occupano della gestione e del controllo della qualità, della ricerca degli eventi formativi, degli aggiornamenti sulla sicurezza sui luoghi di lavoro e sulla privacy, in stretto contatto oltre che con l'RSPP ed il consulente esterno per la privacy anche con l'altro personale della Fondazione: Referente infermieristica, istruttore amministrativo.

L'RSPP si occupa di verificare la corretta applicazione dei protocolli di sicurezza e del loro costante aggiornamento.

Il Responsabile privacy si occupa di verificare la corretta applicazione dei protocolli di privacy e del loro costante aggiornamento.

**FONDAZIONE "CESARE GREGORINI" E.T.S.**

**Residenza per Anziani**

**Via Matteotti n. 7 - 60030 San Marcello (AN)**

**P. Iva 00655350429 / Cod. Fis. 82002390423**

**Verbale del 21.03.2024**

Il giorno 21 del mese di marzo dell'anno duemilaventiquattro, alle ore 9:00 presso il proprio studio sito in Jesi, via Ancona n. 15bis, il Revisore unico Dott. Francesco Biondini, in qualità di Revisore nominato con delibera n. 23 del C.d.A. del 01.06.2022 ed Organo di controllo a seguito della trasformazione in Ente del Terzo Settore della Fondazione, si è riunito per verbalizzare quanto oggetto dell'attività di vigilanza e di controllo, in applicazione delle disposizioni del D. Lgs 27.01.2010 n. 39 e degli artt. 30 e 31, d. lgs. n. 117/2017, con riferimento al bilancio di esercizio chiuso al 31.12.2023.

\*

***ESAME DEL BILANCIO DI ESERCIZIO E REDAZIONE DELLA RELATIVA RELAZIONE***

Il Revisore, esaminato il bilancio al 31.12.2023, ha proceduto alla stesura della presente relazione:

**RELAZIONE DEL REVISORE LEGALE ED ORGANO DI CONTROLLO**

**al bilancio di esercizio chiuso al 31.12.2023**

**ai sensi dell'art. 14 del D.lgs. del 27 gennaio 2010, n.39**

**e degli artt. 30 e 31, d. lgs. n. 117/2017**

Alla C.d.A. della Fondazione "Cesare Gregorini",

nell'esercizio chiuso al 31 dicembre 2023 ho svolto le funzioni previste dall'art. 2409bis c.c. e, in particolare, la revisione legale del bilancio d'esercizio della Fondazione "Cesare Gregorini", costituito dallo stato patrimoniale al 31/12/2023, dal conto economico, per l'esercizio chiuso a tale data e dalla relazione di missione.

Oltre a tale attività, tenuto conto che con Decreto del Dirigente dell'Ufficio Regionale del Registro Unico Nazionale del Terzo settore n. 519 del 12.09.2023 la Fondazione ha ottenuto l'iscrizione nella sezione "altri enti del Terzo settore" del Registro Unico nazionale del Terzo Settore ai sensi dell'art. 22, D. Lgs. 117/2017 e dell'art. 17 Decreto Ministeriale n. 106 del 15/09/2020 e che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 30, D. Lgs.

117/2017, la vigilanza contabile ed amministrativa della Fondazione è esercitata da un Organo di controllo, l'incarico di Revisore unico è stata ampliato ad Organo di controllo a far data dal provvedimento di iscrizione del 12 settembre 2023, avendo la Fondazione Gregorini provveduto ad adeguare il proprio Statuto (art. 20 e 20bis dello Statuto) in tal senso. Inoltre, ai sensi del comma 6 dell'art. 31, avendo la Fondazione superato per due esercizi consecutivi i limiti di cui all'art. 31, D. Lgs. 117/2017, l'incarico è stato mantenuto anche per la revisione legale dei conti, così come lo era prima della iscrizione al RUNTS.

Di tale attività e dei risultati conseguiti Vi porto a conoscenza con la presente relazione.

### **1) Attività di vigilanza ai sensi dell'art. 30, comma 7 del Codice del Terzo Settore**

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; ho inoltre monitorato l'osservanza delle finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, con particolare riguardo alle disposizioni di cui:

- all'art. 5 del Codice del Terzo Settore, inerente all'obbligo di svolgimento in via esclusiva o principale di una o più attività di interesse generale;
- all'art. 6, inerente al rispetto dei limiti di svolgimento di eventuali attività diverse;
- all'art. 7, inerente alla raccolta fondi;
- all'art. 8, inerente alla destinazione del patrimonio e all'assenza (diretta e indiretta) di scopo lucro.

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

- l'ente persegue in via prevalente, in linea con quanto previsto all'art. 5 del Codice del Terzo Settore e nello statuto, l'attività di interesse generale costituita dalla gestione di strutture residenziali per anziani con qualifica di Residenza Protetta – Casa di riposo autorizzata ai sensi della Legge Regionale n. 20/2002, qualificabile come “interventi e prestazioni sanitarie” ai sensi dell'art. 5, comma 1, lett. b) D. Lgs 117/2017;
- l'ente effettua attività diverse previste dall'art. 6 del Codice del Terzo Settore in base a quanto disposto dalle disposizioni statutarie e rispettando i criteri e limiti previsti dal D.M. 19.5.2021, n. 107, come dimostrato nella Relazione di missione ove è indicato che la Fondazione affitta immobili urbani e fondi rustici utilizzando il ricavato per la copertura dei costi di gestione ed il finanziamento dell'attività di carattere generale;

- l'ente nell'anno 2023 ha ricevuto donazioni per 400,00 euro, qualificabili come attività di raccolta fondi, secondo le modalità e i limiti previsti dall'art. 7 del Codice del Terzo Settore;
- l'ente ha rispettato il divieto di distribuzione diretta o indiretta di avanzi e del patrimonio; a questo proposito, ai sensi dell'art. 14 del Codice del Terzo Settore, non ha pubblicato gli emolumenti, compensi o corrispettivi a qualsiasi titolo attribuiti ai componenti degli organi sociali, ai dipendenti apicali e agli associati in quanto non è previsto alcun compenso per lo svolgimento di tali attività;
- ai fini del mantenimento della personalità giuridica il patrimonio netto risultante dal bilancio di esercizio è superiore al limite minimo previsto dall'art. 22 del Codice del Terzo Settore e cioè superiore a 30.000,00 euro.

Ho partecipato alle riunioni dell'organo di amministrazione della Fondazione 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 dall'ente e, in base alle informazioni acquisite, non ho osservazioni particolari da riferire.

Ho acquisito conoscenza e ho vigilato sull'adeguatezza dell'assetto organizzativo, amministrativo e contabile e sul suo concreto funzionamento anche tramite la raccolta di informazioni dai responsabili delle funzioni e a tale riguardo non ho osservazioni particolari da riferire.

Ho acquisito conoscenza e vigilato, per quanto di mia competenza, sull'adeguatezza e sul funzionamento del sistema amministrativo-contabile, nonché sull'affidabilità di quest'ultimo a rappresentare correttamente i fatti di gestione, mediante l'ottenimento di informazioni dai responsabili delle funzioni e l'esame dei documenti aziendali, e a tale riguardo, non ho osservazioni particolari da riferire.

Nel corso dell'attività di vigilanza, come sopra descritta, non sono emersi fatti significativi tali da richiederne la menzione nella presente relazione.

## **2) Attività di revisione legale ai sensi dell'art. 31 del Codice del Terzo Settore**

### *Giudizio senza modifica*

A mio giudizio, il bilancio d'esercizio fornisce una rappresentazione veritiera e corretta della situazione patrimoniale e finanziaria della Fondazione "Cesare Gregorini", al 31.12.2023 e del risultato economico per l'esercizio chiuso a tale data, in conformità alle norme che ne disciplinano i criteri di redazione.

A mio giudizio gli amministratori hanno adeguatamente utilizzato il presupposto della continuità aziendale tenuto conto che, sebbene l'anno 2023 sia stato caratterizzato da un disavanzo, il risultato negativo della gestione deve essere apprezzato tenendo in debita considerazione l'eccezionalità degli eventi che lo hanno determinato.

In particolare, infatti, mentre la gestione dell'attività di interesse generale ha consentito di rilevare un avanzo della gestione, il complessivo disavanzo deriva dalla rilevazione nell'ambito della gestione delle attività diverse di una minusvalenza – pari a 410.553,52 euro – da alienazione degli immobili costituenti la palazzina sita in San Marcello (AN), via Gregorini, nonché dalla imputazione a conto economico delle imposte di registro scaturenti dal relativo atto di compravendita – pari a 64.845,51 euro – che sono risultate dovute dalla cedente in quanto la parte acquirente è il Comando Nazionale dei Carabinieri.

### *Elementi alla base del giudizio*

Ho svolto la revisione contabile in conformità ai principi di revisione internazionali (ISA Italia). Le mie responsabilità ai sensi di tali principi sono ulteriormente descritte nella sezione Responsabilità del revisore per la revisione contabile del bilancio d'esercizio della presente relazione.

Sono indipendente rispetto alla Fondazione in conformità alle norme e ai principi in materia di etica e di indipendenza applicabili nell'ordinamento italiano alla revisione contabile del bilancio.

Ritengo di aver acquisito elementi probativi sufficienti ed appropriati su cui basare il mio giudizio.

### *Responsabilità degli amministratori per il bilancio d'esercizio*

Gli amministratori sono responsabili per la redazione del bilancio d'esercizio che fornisca una rappresentazione veritiera e corretta in conformità alle norme italiane che ne disciplinano i criteri di redazione e, nei termini previsti dalla legge, per quella parte del

controllo interno dagli stessi ritenuta necessaria per consentire la redazione di un bilancio che non contenga errori significativi dovuti a frodi o a comportamenti o eventi non intenzionali.

Gli amministratori sono responsabili per la valutazione della capacità della Fondazione di continuare ad operare come un'entità in funzionamento e, nella redazione del bilancio d'esercizio, per l'appropriatezza dell'utilizzo del presupposto della continuità aziendale, nonché per una adeguata informativa in materia. Gli amministratori utilizzano il presupposto della continuità aziendale nella redazione del bilancio d'esercizio a meno che abbiano valutato che sussistono le condizioni per la liquidazione della Fondazione o per l'interruzione dell'attività o non abbiano alternative realistiche a tali scelte.

### Responsabilità del revisore

Il previgente Statuto della Fondazione stabiliva all'articolo 16 che il compito del Revisore è di *“verificare la veridicità delle scritture contabili e la corrispondenza del rendiconto alle risultanze della gestione”*.

Lo Statuto aggiornato in base alla normativa del Terzo Settore prevede che l'organo di controllo vigili *“sull'osservanza della legge e dello statuto e sul rispetto dei principi di corretta amministrazione, anche con riferimento alle disposizioni del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, qualora applicabili, nonché' sull'adeguatezza dell'assetto organizzativo, amministrativo e contabile e sul suo concreto funzionamento”* ed ha *“compiti di monitoraggio dell'osservanza delle finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, avuto particolare riguardo alle disposizioni di cui agli articoli 5, 6, 7 e 8, ed attesta che il bilancio sociale sia stato redatto in conformità alle linee guida di cui all'articolo 14”*.

Obiettivi del Revisore sono l'acquisizione di una ragionevole sicurezza che il bilancio d'esercizio – derivante dalla regolare tenuta delle scritture contabili ai sensi dell'articolo 2214 del codice civile – nel suo complesso non contenga errori significativi, dovuti a frodi o a comportamenti o eventi non intenzionali, e l'emissione di una relazione di revisione che ne includa il relativo giudizio.

Per ragionevole sicurezza si intende un livello elevato di sicurezza che, tuttavia, non fornisce la garanzia che una revisione contabile svolta in conformità ai principi di revisione internazionali (ISA Italia) individui sempre un errore significativo, qualora esistente. Gli errori possono derivare da frodi o da comportamenti o eventi non intenzionali e sono considerati significativi qualora ci si possa ragionevolmente attendere che essi, singolarmente o nel loro insieme, siano in grado di influenzare le decisioni





economiche degli utilizzatori prese sulla base del bilancio d'esercizio.

Nel corso delle verifiche svolte ho acquisito una ragionevole sicurezza che il bilancio di esercizio al 31.12.2023 della Fondazione "Cesare Gregorini" nel suo complesso non contiene errori significativi, dovuti a frodi o a comportamenti o eventi non intenzionali.

Nell'ambito della revisione contabile svolta in conformità ai principi di revisione internazionali (ISA Italia) ho esercitato il giudizio professionale e ho mantenuto lo scetticismo professionale per tutta la durata della revisione contabile. Inoltre:

- ho identificato e valutato i rischi di errori significativi nel bilancio d'esercizio, dovuti a frodi o a comportamenti o eventi non intenzionali; ho definito e svolto procedure di revisione in risposta a tali rischi; ho acquisito elementi probativi sufficienti ed appropriati su cui basare il mio giudizio. Il rischio di non individuare un errore significativo dovuto a frodi è più elevato rispetto al rischio di non individuare un errore significativo derivante da comportamenti o eventi non intenzionali, poiché la frode può implicare l'esistenza di collusioni, falsificazioni, omissioni intenzionali, rappresentazioni fuorvianti o forzature del controllo interno;
- ho acquisito una comprensione del controllo interno rilevante ai fini della revisione contabile allo scopo di definire procedure di revisione appropriate nelle circostanze e non, per esprimere un giudizio sull'efficacia del controllo interno della Fondazione;
- ho valutato l'appropriatezza dei principi contabili utilizzati nonché la ragionevolezza delle stime contabili effettuate dagli amministratori, inclusa la relativa informativa;
- sono giunto ad una conclusione sull'appropriatezza dell'utilizzo da parte degli amministratori del presupposto della continuità aziendale e, in base agli elementi probativi acquisiti, sull'eventuale esistenza di una incertezza significativa riguardo a eventi o circostanze che possono far sorgere dubbi significativi sulla capacità della Fondazione di continuare ad operare come un'entità in funzionamento. In presenza di un'incertezza significativa, sono tenuto a richiamare l'attenzione nella relazione di revisione sulla relativa informativa di bilancio ovvero, qualora tale informativa sia inadeguata, a riflettere tale circostanza nella formulazione del mio giudizio. Le mie conclusioni sono basate sugli elementi probativi acquisiti fino alla data della presente relazione. Tuttavia, eventi o circostanze successivi possono comportare che la Fondazione cessi di operare come un'entità in funzionamento; ho valutato la presentazione, la struttura e il contenuto del bilancio d'esercizio nel suo complesso, inclusa l'informativa, e se il bilancio d'esercizio rappresenti le operazioni e gli eventi sottostanti in modo da fornire una corretta rappresentazione.



Nel corso dell'esercizio 2023 non è stata effettuata alcuna iscrizione nell'attivo dello stato patrimoniale di costi di impianto e di ampliamento.

Con riferimento, infine, alla dichiarazione di cui all'art. 14, comma 2, lettera f), D.Lgs 39/2010, rilasciata sulla base delle conoscenze e della comprensione dell'impresa e del relativo contesto acquisite nel corso dell'attività di revisione, non ho nulla da riportare.

### **3) Attestazione di conformità del bilancio sociale alle Linee guida di cui al decreto 4 luglio 2019 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali**

Ai sensi dall'art. 30, co. 7, del D.Lgs. n 117/2017, ho svolto a partire dal 12 settembre 2023 l'attività di verifica della conformità del bilancio sociale, predisposto dalla Fondazione Cesare Gregorini E.T.S., alle Linee guida per la redazione del bilancio sociale degli enti del Terzo settore, emanate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con D.M. 4.7.2019, secondo quanto previsto dall'art. 14 del D.Lgs. n. 117/2017.

La Fondazione ha, altresì, dichiarato di predisporre il proprio bilancio sociale per l'esercizio 2023 in conformità alle suddette Linee guida.

Ho, quindi, verificato che le informazioni contenute nel bilancio sociale siano coerenti con le richieste informative previste dalle Linee guida ministeriali di riferimento. Il mio comportamento è stato improntato a quanto previsto in materia dalle Norme di comportamento dell'organo di controllo degli enti del Terzo settore, pubblicate dal CNDCEC nel dicembre 2020. In questo senso, ho verificato anche i seguenti aspetti:

- conformità della struttura del bilancio sociale rispetto all'articolazione per sezioni di cui al paragrafo 6 delle Linee guida;
- presenza nel bilancio sociale delle informazioni di cui alle specifiche sotto-sezioni esplicitamente previste al paragrafo 6 delle Linee guida, salvo adeguata illustrazione delle ragioni che abbiano portato alla mancata esposizione di specifiche informazioni;
- rispetto dei principi di redazione del bilancio sociale di cui al paragrafo 5 delle Linee guida, tra i quali i principi di rilevanza e di completezza che possono comportare la necessità di integrare le informazioni richieste esplicitamente dalle linee guida.

Ai sensi dell'art. 14 D. Lgs. 39/2010 il bilancio, ai sensi della lettera e), comma 2, è coerente con la relazione di missione che illustra l'andamento economico e finanziario dell'ente e le modalità di perseguimento delle finalità statutarie; inoltre, la relazione di

missione è conforme alle norme di legge.

Sulla base del lavoro svolto non sono pervenuti alla mia attenzione elementi che facciano ritenere che il bilancio sociale della Fondazione Cesare Gregorini E.T.S. non sia stato redatto, in tutti gli aspetti significativi, in conformità alle previsioni delle Linee guida di cui al D.M. 4.7.2019.

#### **4) Osservazioni e proposte in ordine alla approvazione del bilancio**

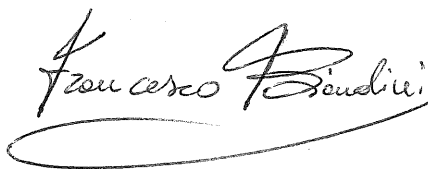
Considerando le risultanze dell'attività svolta, invito il Consiglio di Amministrazione della Fondazione ad approvare il bilancio d'esercizio chiuso al 31 dicembre 2023, così come redatto.

L'organo di controllo concorda con la proposta di copertura del disavanzo formulata dall'organo di amministrazione.

Jesi, 21 marzo 2024

**Il Revisore ed Organo di controllo**

*Dott. Francesco Biondini*

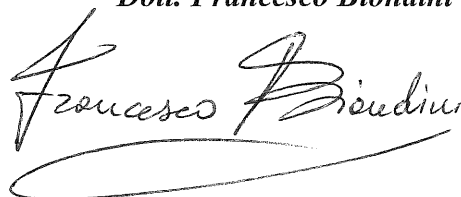
Handwritten signature of Francesco Biondini in black ink, written in a cursive style. The signature is enclosed in a large, horizontal oval flourish.

\*

La riunione viene sciolta alle ore 13:40, previa redazione, lettura ed approvazione del presente verbale.

**Il Revisore ed Organo di controllo**

*Dott. Francesco Biondini*

Handwritten signature of Francesco Biondini in black ink, written in a cursive style. The signature is enclosed in a large, horizontal oval flourish.

FONDAZIONE "CESARE GREGORINI ETS"  
60030 SAN MARCELLO (AN)

DELIBERAZIONE ORIGINALE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Numero 6 del 30.03.2024

---

**OGGETTO:** BILANCIO ANNO DI IMPOSTA 2023

---

L'anno duemilaventiquattro il giorno trenta del mese di marzo alle ore 18.30, presso l'immobile sito in San Marcello (AN) Piazza Caduti n. 8, si è riunito il Consiglio di Amministrazione, convocato nei modi di legge con appositi avvisi, per deliberare sugli argomenti posti all'ordine del giorno, con la presenza dei seguenti Signori:

---

		Presenti	Assenti
RAGAGLIA GIAMPAOLO	PRESIDENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LUPINI GIANLUCA	VICE PRESIDENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RANGO PACIFICO	CONSIGLIERE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BELELLI DON FABIO	CONSIGLIERE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CATALANI SIMONA	CONSIGLIERE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

ne risultano presenti n. 5 e nessun assente.

Assume la presidenza il Signor RAGAGLIA GIAMPAOLO in qualità di Presidente assistito dal Dott. FABRIZIO FOGANTE in qualità di Segretario.

È presente anche l'organo di controllo Dott. Biondini Francesco.

Il Presidente, accertato il numero legale, dichiara aperta la seduta ed invita il Consiglio ad esaminare e ad assumere le proprie determinazioni:

Il Presidente prende la parola e ricorda ai presenti che a far data dal 12 settembre 2023 la Fondazione è iscritta presso il Registro Unico del Terzo Settore. A seguito di tale iscrizione la Fondazione ha ottenuto il riconoscimento quale ente del terzo settore ETS, e dovrà pertanto rispettare il dettato del D.Lgs. n.117/2017 noto anche come codice del terzo settore. Il Presidente Comunica ai presenti che la Fondazione ha redatto il Bilancio dell'esercizio 2023 nel rispetto dell'art. 13 del D.Lgs. n.117/2017 applicando gli schemi approvati con Decreto del 5 Marzo 2020 dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali per gli enti del terzo settore, e che nel rispetto di quanto previsto dall'art. 14 del D.Lgs. n.117/2017 ha redatto anche il Bilancio Sociale sempre con riguardo all'esercizio concluso in data 31.12.2023.

Per la lettura del Bilancio, il Presidente invita il Segretario della Fondazione a prendere la parola. Il Segretario illustra dettagliatamente le varie voci che lo compongono, soffermandosi sulle principali. Terminato il suo intervento il Segretario passa la parola all'Organo di Controllo il quale illustra ai presenti la relazione sul Bilancio Consuntivo dell'esercizio 2023 da lui predisposta. Dopo ampia ed esauriente discussione,

## **IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE**

SENTITO l'intervento del Segretario in ordine al bilancio consuntivo dell'anno 2023 composto di Stato Patrimoniale. Rendiconto di Gestione, Relazione di Missione e Bilancio Sociale;

SENTITO l'intervento dell'Organo di Controllo che illustra la sua relazione in merito al bilancio consuntivo 2023;

VISTA la relazione dell'Organo di Controllo al bilancio consuntivo dell'esercizio chiuso al 31 dicembre 2023;

VISTO il bilancio del periodo in esame, composto di Stato Patrimoniale. Rendiconto di Gestione, Relazione di Missione;

VISTO il Bilancio Sociale;

ACCERTATO che sono state esattamente riprese le risultanze del conto consuntivo dell'esercizio precedente;

RITENUTO provvedere, dopo una regolare discussione esplicativa, all'approvazione del bilancio consuntivo del 2023 e del Bilancio Sociale 2023;

SENTITO l'intervento del Presidente;

SENTITI i vari interventi dei Consiglieri;

VISTO il Bilancio di Previsione in corso;  
VISTO il vigente Statuto della Fondazione;  
VISTO il vigente regolamento per il funzionamento del Consiglio di Amministrazione della  
Fondazione;

con voti unanimi favorevoli, espressi in forma palese,

**DELIBERA**

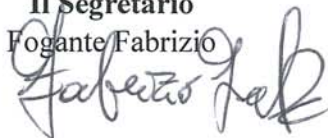
1. di approvare il bilancio di esercizio dell'anno 2023 composto di Stato Patrimoniale. Rendiconto di Gestione e Relazione di Missione;
2. di approvare il bilancio sociale dell'anno 2023;
3. di approvare la proposta di provvedere alla copertura della perdita dell'esercizio a concorrenza della riserva statutaria, e delibera di rinviare la copertura della parte eccedente.

Il presente verbale viene letto, approvato e sottoscritto.

**Il Presidente**  
Ragaglia Giampaolo



**Il Segretario**  
Fogante Fabrizio



**Il Vice-Presidente**  
Lupini Gianluca

