

DOCUMENTO DELL'ACCOUNTABILITY

Questo documento descrive le modalità di valutazione ed analisi per il miglioramento dell'intera organizzazione e dei nostri servizi. Ciò parte da una condivisione dei risultati ottenuti qui riportati in modo semplice e leggibile.

Sommario

1 – LA RENDICONTAZIONE SOCIALE	2
1.1 GENERALITA'.....	2
1.2 STAKEHOLDERS E DATI.....	2
SOCI.....	2
LAVORATORI.....	3
CLIENTI/UTENTI.....	6
VOLONTARI (*).....	6
ALTRI ENTI DEL TERRITORIO E COMUNITÀ LOCALE.....	7
2 – VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO.....	10
2.1 VERIFICA DEI RISULTATI	10
2.2 GLI STRUMENTI DELLA VERIFICA.....	10
2.3 RESPONSABILITÀ PER IL MIGLIORAMENTO.....	10
2.4 PROCESSO PER IL MIGLIORAMENTO.....	11

1 – LA RENDICONTAZIONE SOCIALE

1.1 GENERALITA'

La rendicontazione sociale (*accountability*) nasce con l'idea di leggere e comunicare aspetti afferenti gli effetti che le imprese (e più in generale le organizzazioni in cui lavorano persone) producono sul piano sociale nonché ambientale.

RENDERE CONTO
E COMUNICARE

Una organizzazione attraverso la rendicontazione sociale valuta, comunica e rende conto ai portatori di interessi ed alla comunità dei risultati raggiunti e dei processi di lavoro in coerenza con la mission ed il proprio quadro di riferimento valoriale. Essa presuppone trasparenza, garanzie, assunzione di responsabilità e rendiconto sulle attività svolte, nonché l'impegno a dichiararsi.

La rendicontazione sociale intesa come *processo* indica il metodo e le attività che si intendono utilizzare per costruire il sistema di rendicontazione sociale e cioè: chi partecipa al processo, quali attività vanno compiute, gli obiettivi che ci si prefigge, il tempo da dedicare, i costi da prevedere.

IL BILANCIO
SOCIALE COME
PROCESSO E
COME
PRODOTTO

Il bilancio sociale come *prodotto* si riferisce al documento-rapporto finale nel quale verranno comunicati i dati e le informazioni qualitative dei risultati sociali prodotti.

Siamo consapevoli che non può esistere "uno" schema di Bilancio Sociale standard, applicabile ad ogni organizzazione, e per questo abbiamo individuato una metodologia per:

METODOLOGIA

- individuare gli *stakeholders* o "portatori di interessi soggetti, interni ed esterni alla organizzazione, che possono essere considerati significativi;
- costruire indicatori specifici per il bilancio sociale rispetto ad ogni specifico stakeholder.

1.2 STAKEHOLDERS E DATI

SOCI

Momenti Istituzionali

ANNO 2006	N° CONVOCAZIONI	N° AVENTI DIRITTO	N° PARTECIPANTI	% DI PARTECIPAZIONE
Assemblee	3	13	11	90
Consigli di Amministrazione	7	7	7	100
ANNO 2007	N° CONVOCAZIONI	N° AVENTI DIRITTO	N° PARTECIPANTI	% DI PARTECIPAZIONE
Assemblee	2	13	11	90
Consigli di Amministrazione	8	7	7	100
ANNO 2008	N° CONVOCAZIONI	N° AVENTI DIRITTO	N° PARTECIPANTI	% DI PARTECIPAZIONE
Assemblee	3	17	11	95
Consigli di Amministrazione	8	7	6	98
ANNO 2009	N° CONVOCAZIONI	N° AVENTI DIRITTO	N° PARTECIPANTI	% DI PARTECIPAZIONE
Assemblee	3	17	11	95
Consigli di Amministrazione	11	9	7	98

Associati

	2007	2008	2009
N. soci lavoratori	12	12	11
N. soci sovventori	2	2	2
N. soci volontari	2	3	3

Utile e Grado di dipendenza dai Committenti

	2007	2008	2009
Fatturato con Ser.T. Prov. Modena/ Fatturato Totale (in %)	67,7%	61%	69%
Fatturato con Ser.T. Fuori prov. / Fatturato Totale (in %)	30,5%	36%	29%
Consulenze della LAG in prov.	1,8%	/	4%
Utile di Gestione (*)	-1.771	43.385	49.163

(*) Nell'anno 2006 sono stati elargiti 10.000 € all'Associazione LAG

Spese Totali di Gestione

	2007	2008	2009
Costo del personale (dipendenti)	293.193	328.183	367.690
Costo del personale (co.pro e prof.)	357.800	350.352	331.451
Spese di Fornitura e Servizi	128.163	138.695	136.149
Imposte e Tasse	10.207	10.680	9.713
Altre Spese di gestione	46.540	69.850	34.268
TOTALE COSTI DI GESTIONE	835.903	897.760	879.271
Incidenza Costi del Personale (costo pers./spese tot. di gestione*100)	77%	76%	79.5%

Indici di produttività

	2007	2008	2009
Per personale impiegato (Fatturato/ N° Totale Lavoratori)	€ 34.572	€ 42.750	€ 45.904,57

LAVORATORI

Tipologie di lavoro

	2007	2008	2009
N. lavoratori a tempo indeterminato tempo pieno	11	9	11
N. lavoratori a tempo indeterminato part time	2	2	3
N. lavoratori a tempo determinato	1	2	2
N. lavoratori con contratto (co.pro.-lib.prof.-consulente)	10	6	7
N. totale volontari	2	2	2

Composizione del personale

Qualifica professionale	2007	2008	2009
Direttore tecnico	1	1	1
Amministrazione	2	2	2
Responsabili di sede	3	3	3
Responsabile qualità/progett./prevenzione	1	1	1
Educatori/trici	6	7	6
Operatori prevenzione	1	1	1
Psicologi/psicoterapeuti	2	2	3
Collaboratori (Co.co.pro)	3	3	1
Consulenti	1	2	3
Responsabile programma non residenziale	1	1	1
Medico	1	1	1
Referente GAP (Co.Co.Pro)	/	1	1

Titolo di Studio	2007	2008	2009
Diploma scuola media inferiore	1	/	/
Diploma scuola media superiore	3	5	5
Attestato corso di riqualifica per Educatore	2	2	5
Diploma Assistente soc.	1	1	1
Diploma di laurea	1	1	1
Laurea Psicologia	4	6	6
Laurea scienza dell'educazione	5	5	3
Laurea in sociologia	1	2	2
Laurea in medicina	1	1	1

Formazione - tipologia dei corsi e partecipanti

	2007	2008	2009
Ore totali di formazione	1329,5	1520	1467,5

CORSI	ORGANIZZA.	CHI
Convegno "Doppia Diagnosi" valutazione, strumenti Diagnostici e Ruolo della Famiglia nel Processo Riabilitativo Piacenza 24/04/2009	RICERCA ONLUS	2 psicologi
Corso "Responsabile per la sicurezza del personale" GENN/FEB	CNA/ASQ	1 operatore
Convegno "Bologna ed i nuovi stili di consumo tra ricerca del piacere e sofferenza " 24/ gennaio BOLOGNA	Due Ci Promotion s.r.l.	1 psicologo
CONFERENZA "FEPTO" BELGIO PSICODRAMMA	FEPTO FEDERATION	1 operatore
Giornata aperta del 27/01/2009	Form. Interna	Tutto il personale
LA VALUTAZIONE DELL'IDONEITA' ALLA GUIDA: INTERFACCIA CON LE COMMISSIONI MEDICHE LOCALI DELL'AZIENDE USL DELLA REGIONE E.R.	Regione E.Romagna	Direttore tecnico
DEBITO INFORMATIVO DELLE STRUTTURE ACCREDITATE PER TRATTAMENTI PER TOSSICODIPENDENTI	Regione E.Romagna	2 operatori
GLI ASPETTI MEDICO LEGALI DEL SETTORE DIPENDENZE PATOLOGICHE: UNO SFORZO DI CHIAREZZA	Regione E.Romagna	Direttore tecnico
TERRA MADRE E MELE AVVALENATE DAL BUON CIBO ALLE PASSIONI TRISTI DELLA ANORESSIA MENTALE" Savona 19/20/21 /marzo	MINISTERO DELLA SALUTE E AZ' USL DI SAVONA	2 operatori
PRESENTAZIONE REPORT DIPENDENZE 2008	Regione E.Romagna	3 operatori
"DA PASSATEMPO A DIPENDENZA" Rimini	Assessorato politiche sociali Provincia Rimini	1 operatore
GLI OPERATORI DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE TRA ESIGENZE NORMATIVE E TERAPEUTICHE: PATOLOGIE DI CONFINE TRA CRIMINOLOGIA E PSICOPATOLOGIA	Casa Circondariale Castelfranco/Az.Usl di Rimini	1 operatore
CONVEGNO NAZIONALE COCAINA Roma	Asl Provincia Varese	1 operatore
GIORNATA APERTA DEL 08 OTTOBRE 2009	Form. Interna	Tutto il personale
BAMBINI MADRI E VULNERABILITA' EMOTIVA	Ass. la Ricerca ONLUS	1 operatore
Conf. di organizzazione del sistema pubblico-privato di cura delle persone con disturbo da abuso e dipendenza sostanze psicoattive e doppia diagnosi nella provincia di Modena	Az. UsL Modena e Enti accreditati prov. Modena	18 operatori
La Qualità nel sistema socio integrato dei servizi socio sanitari - conversazione con Udo Nabitz	CEIS	2 operatori
Giornata di studio sul cocainismo	AZ.USL MODENA/REGIONE E. R.	1 psicologo
Fattori terapeutici e organizzazione clinica nel trattamento del cocainismo	AZ.USL MODENA/REGIONE E. R.	1 psicologo
COMPETENZE SPECIFICHE NEL LAVORO DI EQUIPE	Lo Schiavo /Rupe	12 operatori
"ASPETTI COMPORTAMENTALI DELLA SICUREZZA "	CESVIP	12 operatori
COMPETENZE TECNICHE PER IL FRONTEGGIAMENTO DEL RISCHIO CLINICO	CESVIP	14 operatori
LA COMUNICAZIONE EFFICACE NELLA RELAZIONE D'AIUTO E NEL LAVORO D' EQUIPE	Cesvip	14 operatori
ADOLESCENZA "UN CALEIDOSCOPIO"	Az. UsL Vignola	1 operatore
CONGRESSO IAGP ROMA	IAGP	1 operatore

CLIENTI/UTENTI
Area trattamenti
Posti totali e in convenzione

	2007	2008	2009
Campiglio	25	25	25
Festà	15	15	15
Indice di copertura posti $[(\text{gg presenza}) / (\text{Posti} \times 365)] \times 100$	82%	94,36%	89%

Entrate ed uscite nelle fasi del PTR

	ACCOGLIENZA				COMUNITA'				REINSERIMENTO			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
Ingressi	50	43	36	33	34	30	27	32	26	25	23	22
abbandoni	9	7	9	3	12	7	9	8	10	5	3	1
gg. media presenza	23	39	24,03	33,5	113	122	141,4	152	114	134	184,7	262

	Programma Non Residenziale			PTR Recidivanti		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Ingressi	13	16	20	2	4	6
Abbandoni	5	3	7	/	/	/
gg. media presenza	232	386		/	/	/

VOLONTARI (*)
Numero e tipologie

	2006	2007	2008	2009
Soci	2	2	1	1

(*) I volontari operano nelle seguenti aree di competenza (Dipendenze, Prevenzione, Servizi culturali sul territorio, Bottega Oltremare-LAG)

ALTRI ENTI DEL TERRITORIO E COMUNITÀ LOCALE

Per ogni ambito di intervento sono stati indicati il numero degli operatori coinvolti e il totale delle ore messe a disposizione.

Partecipazioni

C.N.C.A.	Partecipanti	n. incontri
Partecipazione all'esecutivo regionale	1 Op.	4
Delega regionale per le Politiche Giovanili	1 Op.	1
Assemblee regionali e nazionali	In media 2/3 operatori	3
Partecipazione al Gruppo Nazionale per le Politiche Giovanili	1 Op.	1
C.E.A. – Coordinamento Enti Ausiliari	1 operatore	1
CML - Commissione di monitoraggio locale dell'Accordo C.E.A. - Regione	2 operatori	6
Conferenza	Tutto il personale	1
Gruppo misto qualità S.D.P.- S.R.	Direttore tecnico	8

PROGETTI E ATTIVITA'**Area dipendenze****Tirati fuori**

Il progetto si propone di sviluppare un servizio per il trattamento del cocainismo e si avvale di un programma terapeutico che adotta interventi differenziati ed utilizza la terapia cognitiva comportamentale come tipo di approccio di base.

Personale coinvolto: 1 psicologo, 1 educatore

Rien ne va plus

è il servizio che la Cooperativa Sociale L.A.G. dedica a quelle persone per le quali il giocare ha perso quel carattere ludico e ricreativo che gli è proprio, per trasformarsi in qualcosa di problematico, a volte patologico.

Personale coinvolto: 1 sociologo

Area Prevenzione–Promozione benessere

Il report degli eventi e delle attività riportati di seguito intende descrivere la stretta e costante collaborazione tra le 2 identità della LAG Associazione e della LAG Cooperativa.

Progetto ETIL_ETICA

DESTINATARI: Classi prime dell'Istituto di istruzione secondaria di secondo grado Primo Levi di Vignola (12 classi prime dell'Istituto Primo Levi di Vignola - Circa 250 studenti di età compresa fra i 14 e i 16 anni)

Obiettivi

- ▶ Promuovere l'informazione finalizzata all'adozione di stili di vita sani, alla comprensione ed alla consapevolezza sui consumi ed i messaggi mediatici che li incentivano
- ▶ Responsabilizzare i giovani sui propri comportamenti e sui rischi possibili, favorendo il coinvolgimento attivo degli studenti

Personale coinvolto: 2 operatori

Lezioni Stupefacenti II – seconda annualità

La proposta di questa seconda annualità si è andata a definire sulla necessità espressa dai docenti di dare continuità ai processi avviati con la prima edizione del progetto, in modo da radicare all'interno della scuola protocolli e buone pratiche che diventassero un reale supporto nell'affrontare situazioni droga-correlate.

DESTINATARI: Personale docente e ATA dell'Istituto di Istruzione Secondaria di secondo grado Primo Levi di Vignola (15 persone fra insegnanti e personale ATA)

Obiettivi:

- Fornire informazioni ai docenti rispetto agli aspetti medici, legali e psicologici legati all'abuso di sostanze stupefacenti
- Creare un protocollo e una rete formata da insegnanti e personale scolastico per monitorare e fronteggiare le situazioni droga-correlate

Personale coinvolto: 1 operatore prevenzione – 1 psicologo

Corso di formazione per allenatori della F.C. Spilamberto '96

Partner Comune di Spilamberto - Assessorato allo Sport

Destinatari: 25 fra dirigenti e allenatori della F.C. Spilamberto '96

Personale coinvolto: 1 Psicologa – 2 operatori prevenzione - 1 consulente

Azioni: 4 incontri formativi

26 giugno 2009 – giornata mondiale lotta alla droga.

Distribuzione di materiale informativo

Primo dicembre 2009

Partecipazione a gruppo prevenzione distretto di Vignola con Ser.t. Azienda USL e Unione Terre di Castelli.

Distribuzione di materiale informativo presso l'autostazione di Vignola e sulla linea ferroviaria Vignola –Bazzano.

Conferenza di organizzazione Servizio pubblico SDP – privato sociale

Partecipazione alla mappatura dei progetti di prevenzione della provincia di Modena

Progetto Arts against drugs – progetto iniziato nel 2009

- Partecipazione alla serata conclusiva del progetto Music Work a Pavullo. Distribuzione di materiale informativo sulle sostanze.
- Realizzazione di una serata sui temi della prevenzione a Lama Mocogno dal titolo "Sguardi sulle dipendenze", in collaborazione con Dott.ssa Gabrielli del SDP di Pavullo



Pubblicazioni

	2007	Ore	2008	Ore	2009	ore
Giornalino (quadrimestrale)	2 Op. Prevenzione	30	1 op.	30	1 op.	30

	2007	ore
Publicato il rapporto di ricerca sulle famiglie con figli adolescenti realizzata a Zocca	2 op.	15

	2008	ore	2009	Ore
Bilancio sociale della L.A.G. - Coop. sociale	3 op. 1 consulente	50	1 operatore Direttore tecnico Referente amministrativo	15 10 5

2 – VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO

2.1 VERIFICA DEI RISULTATI

La Responsabilità della verifica dei risultati è in capo al Direttore tecnico il quale condivide tale impegno con l'intera organizzazione. La Verifica dei Risultati chiede ai fini di un buon esito, la partecipazione professionale, di tutto il personale coinvolto, sia nell'ascolto e segnalazione di tutti gli input provenienti da qualsiasi fonte ritenuta valida, sia soprattutto nell'elaborazione/riflessione capace di produrre miglioramento nella performance della struttura.

2.2 GLI STRUMENTI DELLA VERIFICA

Verifica del raggiungimento degli obiettivi per la qualità

La verifica del raggiungimento degli obiettivi per la qualità è stata attuata dalla LAG attraverso il monitoraggio degli indicatori presenti nel Piano annuale delle attività, documento che ha consentito la declinazione degli obiettivi contenuti nella Politica della Struttura in azioni e responsabilità misurabili.

VERIFICA OBIETTIVI
PER LA QUALITÀ

Monitoraggio del clima organizzativo.

Nei momenti d'equipe generali e di sede è previsto uno spazio attento e partecipato in cui vengono analizzate le difficoltà incontrate durante lo svolgimento del lavoro e in particolare la qualità della relazione all'interno dell'equipe stessa.

Inoltre è stato redatto un questionario con l'intento di fare emergere la condizione dell'equipe in un dato momento.

MONITORAGGIO
DEL CLIMA
ORGANIZZATIVO.

Monitoraggio della soddisfazione degli utenti

La gestione del Programma Terapeutico prevede sistematicamente il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi tramite una scheda di auto-valutazione (compilato dall'utente) ed una scheda di valutazione (compilato dall'equipe di riferimento):

- nel passaggio dalla Fase di Accoglienza a quella di Comunità
- nel passaggio dalla Fase di Comunità a quella di Reinserimento
- per ogni macro area della fase di Reinserimento
- al momento della Dimissione

Il confronto delle schede viene utilizzato come verifica dell'andamento della fase.

Il questionario di auto-valutazione è anche utilizzato come rilevazione della soddisfazione dell'utente in riferimento alla fase.

Le schede vengono conservate nella Cartella Rossa.

MONITORAGGIO
DELLA
SODDISFAZIONE
DEGLI UTENTI

Valutazione dell'appropriatezza e della continuità assistenziale

La valutazione delle attività della struttura deve essere continua e svolta su dati oggettivi attraverso la verifica del mantenimento dello standard di prodotto, espressione della qualità tecnica e professionale del servizio in riferimento anche a quanto richiesto dai requisiti specifici.

VALUTAZIONE
DELL'APPROPRIATEZZA
E DELLA CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE

2.3 RESPONSABILITÀ PER IL MIGLIORAMENTO

La responsabilità della gestione del processo di miglioramento è del Resp. Qualità. Di volta in volta vengono identificate responsabilità specifiche per la realizzazione delle singole azioni.

Il Direttore Tecnico ha la responsabilità di supervisione e della valutazione finale del\dei piano\i di miglioramento.

Il miglioramento della qualità si riferisce all'insieme delle azioni intraprese dalla LAG per aumentare l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati ed investire in progetti innovativi. Per

definire i processi di miglioramento i dati e i documenti di riferimento sono:

- **Obiettivi per la qualità indicati nel manuale accreditamento**
- **Piano annuale delle attività**
- **Politica per la qualità**

2.4 PROCESSO PER IL MIGLIORAMENTO

E' centrale in tutto il processo di miglioramento la rilevazione delle criticità, cioè uno scostamento rispetto a quanto atteso o stabilito riguardo il servizio offerto.

Nel momento in cui si riscontrano delle criticità, durante le Riunioni dell'Equipe generale, vengono analizzate e vengono individuati:

- oggetto della segnalazione
- potenziali cause
- azioni di miglioramento

Esse possono riscontrarsi :

- durante lo svolgimento delle attività quotidiane
- mediante momenti di verifica interna
- mediante la raccolta di indicazioni da parte degli Utenti

Conseguentemente possono essere intraprese azioni correttive o preventive che possono portare alla ri-progettazione dei processi organizzativi e/o l'attivazione di progetti innovativi. Tale percorso si concretizza nella pianificazione annuale.

Il miglioramento si attua attraverso un processo che prevede ideazione, programmazione, attuazione, valutazione e comunicazione.

Per ogni progetto di miglioramento si definiscono:

- responsabilità e collaborazioni
- obiettivi
- indicatori
- risorse necessarie
- verifiche
- tempi di realizzazione

La strutturazione di progetti di miglioramento può consentire di:

- sviluppare le competenze tecnico-professionali, orientandole al miglioramento della qualità dell'organizzazione
- sperimentare attività innovative finalizzate alla realizzazione graduale della politica e della pianificazione
- sviluppare e consolidare i livelli di integrazione interna ed esterna

SCHEDA PROGETTO
MIGLIORAMENTO