

**ASSOCIAZIONE PER L'ASSISTENZA E LA CURA A DOMICILIO
DEL MENDRISIOTTO E BASSO CERESIO**

CONSUNTIVO 2011



Associazione riconosciuta d'interesse pubblico per i Comuni del seguente comprensorio:

									
Arogno	Balerna	Besazio	Breggia	Brusino Arsizio	Castel San Pietro	Chiasso	Coldrerio	Ligornetto	Maroggia
									
Melano	Mendrisio	Meride	Morbio Inferiore	Novazzano	Riva San Vitale	Rovio	Stabio	Vacallo	

Indice:

- A] Rapporto del Comitato (pag. 2)**
- B] Conti Consuntivi 2011 – Costi/Ricavi (pag. 8)**
- C] Commento Contabile – Indicazioni sui Costi/Ricavi (pag. 15)**
- D] Progetto “Badanti” – Costi/Ricavi (pag. 31)**
- E] Conti Consuntivi 2011 – Bilancio (pag. 32)**
- F] Commento Contabile – Indicazioni di Bilancio (pag. 34)**
- G] Status delle Riserve ACD (pag. 36)**
- H] Attestato Revisore dei Conti Interfida (pag. 37)**

RAPPORTO DEL COMITATO

Il consuntivo 2011 chiude con un risultato di 413'636.20 franchi a fronte di uscite per 10'062'597.77, il contributo dei comuni è di 3'656'240 franchi quello del Cantone di 914'060 franchi.

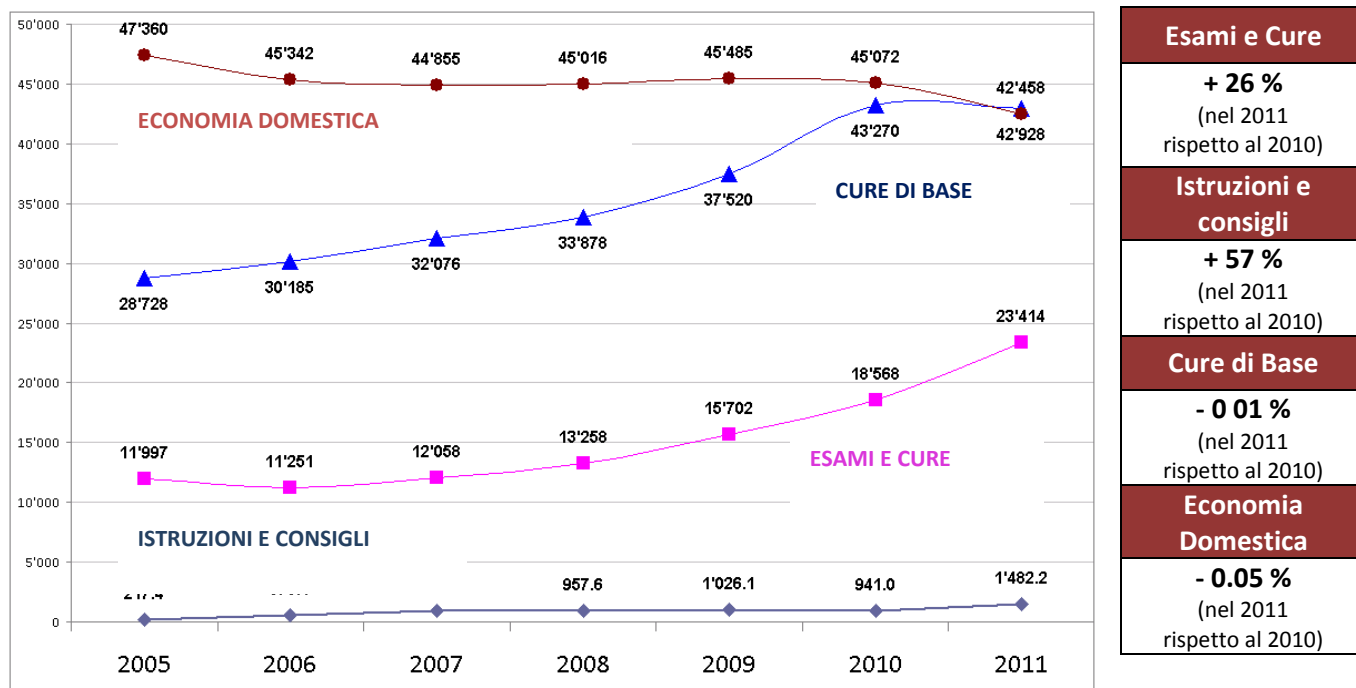
Anche nel 2011 il Servizio ha risposto alle esigenze del territorio aumentando il proprio indirizzo sanitario:

	2010	2011
LAMal	62'779 ore	67'824 ore
Economia Domestica	45'072 ore	42'458 ore
Utenti totali*	1'941 utenti	2'045 utenti

* Compresi Bambini visti dalle Infermiere Consulenti Materno Pediatriche

Sono soprattutto le ore d'intervento LAMal (a carico delle casse malattia) che sono aumentate mentre sono leggermente calate le ore d'intervento per l'economia domestica (cfr. grafico sottostante). Per quanto attiene allo specifico anno 2011, notiamo un forte incremento delle ore relative agli "esami e cure" (ovvero le tecniche infermieristiche) e della voce "Istruzioni e consigli". Quest'ultima prestazione raggruppa sia le prestazioni di educazione terapeutica fatte al paziente che le valutazioni (e rivalutazioni) dello stato di salute dell'utente (valutazioni RAI-HC). Le "cure di base" (l'aiuto nelle attività della vita quotidiana come il vestirsi, lavarsi, alimentarsi, ecc.) sono rimaste stabili.

Ore d'intervento per categoria di prestazione: Dal 2005 al 2011



Di fronte a questa evoluzione del lavoro, che si traduce anche nell'aumento del numero di collaboratori ingaggiati, il Comitato e la Direzione hanno cominciato a riflettere sulla futura ricerca di spazi. Il fenomeno di marcata "sanitarizzazione" ha anche obbligato il servizio a procedere con dei progetti e delle ristrutturazioni interne che illustriamo di seguito.

Più gli utenti sono instabili, più il Servizio è chiamato a garantire la copertura 24 ore su 24 ore (effettiva dal 1° marzo 2012 in collaborazione con il Servizio Ambulanze del Mendrisiotto). Inoltre, la riforma della Legge Federale implica la creazione di una nuova prestazione denominata "Cure Acute di Transizione". Prestazio-

ne ordinata esclusivamente dagli ospedali acuti e che prevede il trasferimento di alcune prestazioni post-acute e di istruzione del paziente, elemento che comporta l'aumento del grado di clinica all'interno del Servizio e implica la necessità di coprire tutte le fasce orarie della giornata.

Il 2011 è stato quindi consacrato ai progetti formativi degli infermieri del SAM. Un gruppo di lavoro misto ha definito otto aree formative da sviluppare (conoscenza reciproca dei due Servizi, cure oncologie e palliative, cartella informatizzata e processi comunicativi, mattinata clinica con il personale dell'ACD, riepilogo dei processi di presa a carico domiciliare per l'alimentazione, la respirazione e l'eliminazione). Dopodiché sono stati definiti i protocolli operativi inerenti i medicinali e la sicurezza per i pazienti ed infine è stata sottoscritta una convenzione sottoforma di progetto sperimentale nel primo semestre del 2012. La politica aziendale per rapporto a questa iniziativa è stata quella di non pubblicizzarlo evitando l'effetto induttivo della domanda una volta creata l'offerta, fenomeno molto presente in ambito sanitario, informando direttamente l'utenza interessata.

Sempre in riferimento alla copertura 24 ore su 24 ore del Servizio, all'evoluzione verso casistica sempre più complessa ed all'espansione sempre crescente del numero di collaboratori, il Servizio ha potenziato e definito le nuove turnistiche del personale:

- ➔ è stato potenziato il turno serale con l'apporto di una infermiera sempre in turno (oltre che alle cinque unità di personale socio-sanitario),
- ➔ è stata creata una reperibilità dei quadri sul turno serale e festivo,
- ➔ per rendere la copertura 24/24 ore totale, sono stati ottimizzati i turni del segretariato (elemento che permette ai medici ed all'utenza di chiamare e permette al personale di accedere ai magazzini del materiale e alla farmacia di disimpegno)
- ➔ è stato potenziato il dispositivo dei turni festivi (che attualmente comprende circa una ventina di operatori sul fine settimana nei due giorni d'intervento) e nei festivi infrasettimanali.

La turnistica è però rimasta principalmente di tipo diurno feriale e non, come ad esempio nelle strutture ospedaliere o in altri Servizi SACD, su sei giorni consecutivi di lavoro. Gli organi direttivi dell'Associazione sono fermamente convinti che andando a definire una programmazione del personale sui sei giorni consecutivi di lavoro si rimetterebbe in discussione il concetto d'intervento del SACD sussidiario alle risorse (personali e familiari) dell'utente, idea iscritta con forza nella Legge sull'Assistenza e la Cura a Domicilio. Lo stato attuale obbliga però i responsabili ad una programmazione della turnistica impegnativa e comporta un turno del fine settimana faticoso poiché condensa i pazienti con meno risorse e più instabili clinicamente. Un sentito ringraziamento va ai capi-équipes ed ai vice capi-équipes per lo sforzo profuso.

Nel corso del 2011 la Direzione ha dato avvio alla terza fase del progetto informatico Medical Link, ovvero la programmazione automatizzata degli interventi del personale. Con la presenza sempre maggiore di casistiche complesse e visto il numero importante di collaboratori è indiscutibile la necessità di una pianificazione che consenta di distribuire omogeneamente i carichi di lavoro e che permetta una previsione sui 15 giorni successivi dei fabbisogni dell'utenza. La piattaforma informatica Medical Link attribuisce ad ogni prestazione pianificata un tempo indicativo e, di conseguenza, permette di definire il carico di lavoro. Quest'ultimo sarà poi messo in relazione con le quote di personale a disposizione. Questa fase sarà operativa nel corso del 2012 mentre il 2011 è stato dedicato ai lavori preparatori, ovvero la definizione e la protocollazione degli atti da effettuare al domicilio dell'utente.

Sempre in ambito informatico, l'anno oramai passato è stato dedicato alla creazione della cartella clinica on-line e a definire i processi di lavoro. Attualmente i 150 collaboratori sono sempre collegati tra di loro e aggiornano in tempo reale le informazioni cliniche. La Direzione Sanitaria ha impostato il dossier clinico in modo multidisciplinare, affinché tutte le categorie professionali possano, secondo i propri accessi selettivi, contribuire alla condivisione delle informazioni. Se da un lato la scelta va nella direzione di un'integrazione maggiore tra il personale socio-assistenziale e quello sanitario, dall'altro implica la creazione di un linguaggio comune tra i vari settori professionali interni al Servizio, lo sviluppo di modalità comunicative all'altezza

delle situazioni cliniche e la crescita di una rigorosa cultura della disciplina clinica; elementi non ancora troppo sviluppati nel settore delle cure a domicilio.

Nel corso del 2012, il personale affronterà un ulteriore sviluppo della cartella clinica aggiungendo nel dossier i protocolli di valutazione nel campo della malnutrizione, nel campo dei maltrattamenti e promuovendo la formazione nel campo della comunicazione clinica (focus comunicativi). Quest'ultimo obiettivo sarà elaborato in collaborazione con la Direzione delle Cure della Clinica Universitaria di Losanna (CHUV), che al suo interno dispone di uno specifico dipartimento di sviluppo dell'informatica e della terminologia infermieristica. Inoltre è prevista l'apertura della piattaforma ai medici curanti e per un tale progetto il personale dovrà necessariamente migliorare la sua capacità comunicativa.

Tutti questi investimenti informatici (cartella clinica informatizzata, lavori preparatori all'automatizzazione della pianificazione, ecc.) hanno comportato un aumento dei costi e saranno ammortizzati nel corso dei prossimi due anni.

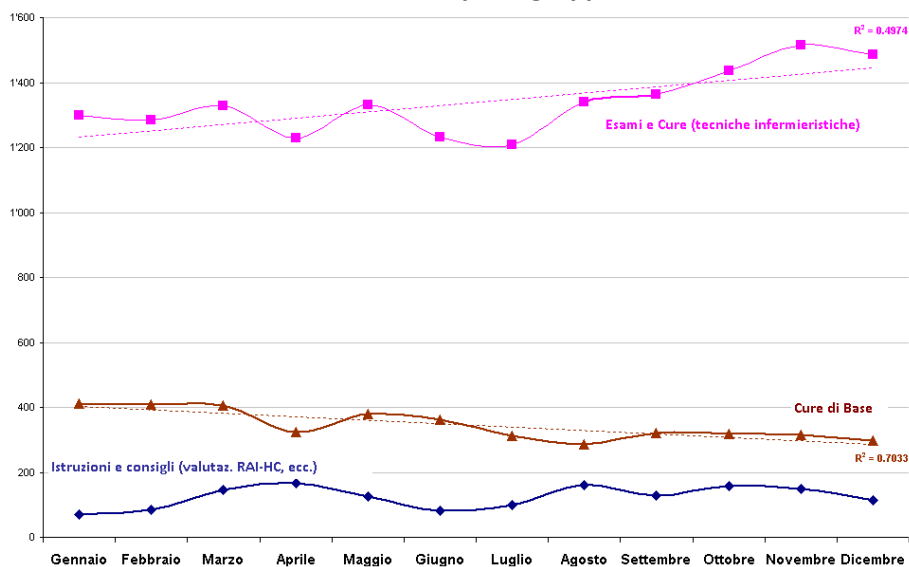
Il progetto sperimentale badanti ha dato ottime soddisfazioni. Su invito delle altre cinque Associazioni e del Dipartimento, il progetto è stato chiuso al 31 marzo 2011 per favorire la creazione di un Ente not for profit attivo su tutto il territorio cantonale. Questo Ente è stato identificato nell'Associazione Opera Prima. Oltre ai 50 collocamenti del 2010, nei primi tre mesi dell'anno 2011 sono state collocate 19 "badanti" (principalmente sulle 24 ore). Contabilmente, il progetto ha coperto i propri costi; il Comitato si rammarica però del fatto che una volta avvenuta la consegna del progetto ad Opera Prima le tariffe sono state considerevolmente aumentate e che non è avvenuta un'integrazione maggiore tra l'Ente collocatore di riferimento ed i Servizi di Assistenza e Cura a Domicilio attraverso l'istituzione di "antenne badanti territoriali". In effetti, a nostro avviso, il successo avuto dall'esperienza pilota è in parte dovuto al fatto che le prestazioni della "badante" erano immediatamente integrate con l'operato del personale dell'ACD, garantendo continuità nella presa a carico e nella sorveglianza dell'utente. Inoltre, la presenza di un ufficio territoriale dava una forte immediatezza nella risposta ai bisogni, soprattutto garantendo all'Ospedale Beata Vergine ed alle cliniche la possibilità di dimettere il paziente con una sorveglianza.

Nel settore socio-assistenziale, l'Associazione per l'Assistenza e la Cura a Domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio è stata scelta dall'Istituto delle Assicurazioni Sociali di Bellinzona (IAS) quale Ente Cantonale di consulenza sia per le valutazioni delle necessità di cura per i beneficiari dell'Assicurazione invalidità (accordi in vigore dal 2005 ma mai formalizzati attraverso una convenzione), sia per periziare i fabbisogni di economia domestica sovvenzionati dalle prestazioni complementari per beneficiari AVS-AI. La Legge Federale impone un unico ente di controllo sul territorio Cantonale e, di conseguenza, il regolamento d'applicazione della Legge Federale concernente le prestazioni complementari all'associazione federale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LaLPC) cita espressamente il Servizio (art. 19 cpv.2: *il Servizio di Assistenza e Cura a Domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio determina per l'intero territorio cantonale sia la parte delle cure e dell'assistenza che non può in un caso concreto, essere presa a carico da un'organizzazione spitex riconosciuta, sia il profilo della persona da impiegare*). Per effettuare queste prestazioni, indennizzate attraverso dei forfait orari, l'ACD ha elaborato un protocollo e delle regole interne di valutazione ed ha nominato la sig.ra Zocchetti unica valutatrice.

Nel comparto della prima infanzia, il Servizio ha potenziato l'effettivo (cfr. tabella in basso sulle quote di personale per categorie professionale) introducendo una levatrice all'interno del gruppo delle consulenti materno pediatriche: questo in un'ottica di continuità della presa a carico post-natale. In effetti, subito dopo il parto i bambini e le mamme non sono seguiti dalle nostre infermiere ma sono seguiti dalle levatrici e sarebbe auspicabile dare un *continuum* maggiore dal parto ai tre anni. Inoltre, continua il finanziamento e la collaborazione con l'Associazione Progetto Genitore.

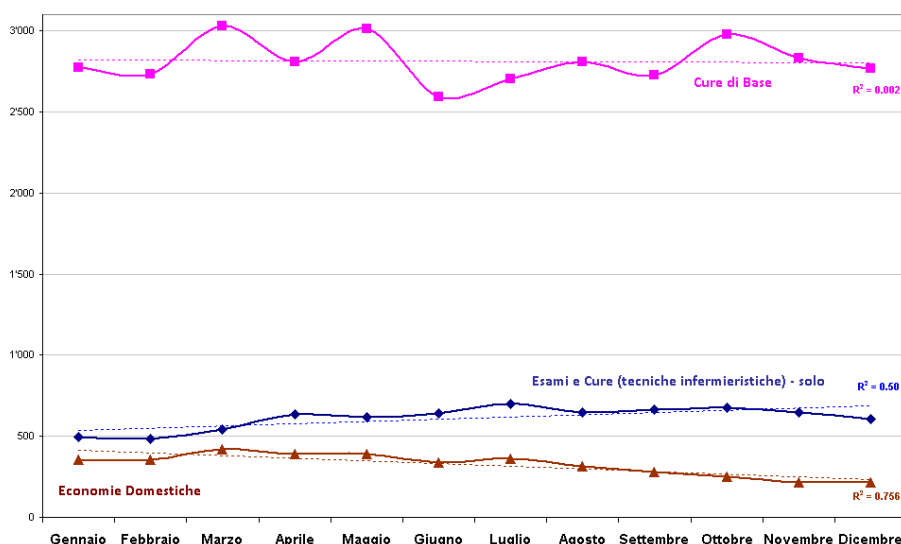
Dal punto di vista operativo, il 2011 ha impegnato la Direzione nell'adempiere gli obiettivi del Contratto Prestazione con il DSS legittimamente orientati all'ottimizzazione delle risorse, attribuendo la giusta categoria professionale alla prestazione da svolgere (infermiere per le tecniche infermieristiche, il personale socio-assistenziale per le cure di base).

Evoluz. ore d'intervento mensili 2011 per il gruppo Infermieri/e



I grafici a fianco illustrano (per il gruppo delle infermiere, rispettivamente per il gruppo delle aiuto familiari / Operatori Socio-Sanitari) l'evoluzione delle ore per categorie di prestazioni; in definitiva verso la seconda metà dell'anno 2011 il Servizio è riuscito ad ottimizzare al meglio la categoria professionale alla prestazione. Tale evoluzione richiede grossi sforzi pianificatori poiché impone ai capo-équipes di pianificare gli interventi nel dettaglio. Per permettere ciò, sono state aumentate le ore attribuite ai vice capo-équipes per attività di ufficio. Non appena introdotta, la pianificazione automatizzata (cfr. paragrafi precedenti) aiuterà i responsabili in questa attività.

Evoluz. ore d'intervento mensili 2011 per il gruppo OSS/Aiuto Familiari



Direzione e Comitato seguono con attenzione gli sviluppi costanti del settore socio-sanitario e ribadiscono quanto già dichiarato in precedenti occasioni: l'esigenza economica di una settorializzazione troppo marcata tra categorie professionali e degli obiettivi d'ottimizzazione ancor maggiori rischiano di minare alla base il lavoro di équipe, di andare contro tendenza all'evoluzione della casistica futura e di rimettere in discussione la qualità del Servizio.

In effetti, una paziente sempre più anziana e confrontata a poli-morbilità necessita di una presa a carico multidisciplinare dove la componente socio-assistenziale sull'utente e sull'ambiente in cui vive, si integra all'intervento propriamente sanitario e clinico dell'infermiera.

Per quanto attiene ai parametri relativi al personale, il servizio ha continuato ad investire nella formazione (cfr. tabella sottostante). Al personale sanitario è garantita inoltre una riunione settimanale di équipe e al personale infermieristico una riunione settimanale con l'Associazione Hospice alla presenza del medico.

Categoria professionale	Tempo formativo medio
Inferimere/i	3.5 %
Oper. Socio-San / Aiuto Familiari	4.4 %
Assistenti di Cura	2.9 %
Ausiliarie	1.0 %

Inoltre, nella tabella susseguente sono indicate le quote di personale (ed i relativi arrivi e partenze nell'anno) ai quali vanno aggiunti circa una decina di apprendisti (tra apprendisti Operatori Socio Sanitari e apprendisti di commercio).

Professione	Al 01.01.2011		Al 31.12.2011		Arrivi	Part.
	Teste	UPT	UPT	Teste		
Ausiliarie di econom. Domestica.	25	14.1	14.1	23	1	2
Aiuto Familiari	33	21.6	19.2	30	2	5
Operat. Socio-Sanitari	22	15.8	17.2	24	2	0
Assistenti di cura	5	3.0	4.3	8	3	0
Infermieri/e	34	21.6	21.1	36	4	2
Inf. Cons. materno-pediatriche	3	1.5	1.9	4	1	0
Capo-Equipés	3	3.0	3.0	3	0	0
Direzione	2	2.0	2.0	2	0	0
Amministrativi	2	2.0	2.0	2	1	1
Totali	129	84.6	84.8	132	14	10

Le partenze sono limitate, da notare però il gruppo delle aiuto familiari che necessita di un commento particolare prendendo ulteriore spunto dalla tabella successiva che indica i tempi di assenza per malattia e infortunio.

Categoria professionale	Tempo malattia e infortunio medio
Infermiere/i	2.5 %
Oper. Socio-San / Aiuto Familiari	7.4 %
Assistenti di Cura	5.5 %
Ausiliarie	4.5 %

In effetti, si tratta di una categoria professionale che non esiste più poiché la formazione triennale d'apprendistato non è più proposta dalla Scuola Cantonale per Operatori Sociali (SCOSS). Al suo posto viene formato (sempre con curriculum triennale) l'Operatore Socio Sanitario, oppure il Servizio deve rivolgersi agli Assistenti di Cura (1 anno di formazione via l'apprendistato). Le aiuto familiari, molto valorizzate nel passato e caratterizzate da una forte componente assistenziale, materna e associativa professionale, vivono dunque una situazione di cambiamento di fronte ad una "sanitarizzazione" crescente del Servizio. Direzione e Comitato sono fermamente convinti dell'importanza e del contributo che le aiuto familiari possono ancora fornire alla nostra utenza. Una componente importante nella gestione sarà il debito supporto da offrire a questa professione nel cambiamento attraverso dei programmi formativi.

Progetto "Rete integrata"

Il 2011 ha visto impegnato il Comitato e la Direzione nell'elaborazione della bozza del progetto "Rete Integrata" (in precedenza denominato "Vecchia Maternità"). Si tratta della creazione di una quindicina di letti ad alto investimento d'educazione terapeutica e riabilitativa, lo spostamento dell'attuale sede dell'aiuto domiciliare verso un edificio con spazi maggiori e la costruzione di un polo sanitario per la regione del Mendrisiotto che possa alloggiare più Associazioni attive sul territorio. Per l'elaborazione di questa bozza, l'Associazione ha beneficiato della consulenza del Dr. Graziano Ruggeri, vice-primario della clinica Hildebrand.

Nel rapporto si mettono in evidenza più aspetti, ovvero (per citarne alcuni) :

- che numero di persone di età superiore ai 79 anni salirà tra il 2000 e il 2040, da 290'000 unità ad un numero compreso tra 550'000 e 680'000. Il cantone Ticino sarà uno dei cantoni più colpiti in Svizzera a causa di una piramide di età molto anziana.

- Che oggi il paziente che più frequentemente ricorre ai servizi ospedalieri (dal Pronto Soccorso agli ambulatori geriatrici o specialistici) è un paziente già in età avanzata che presenta degli scompensi acuti ma innestati su un già costituito terreno patologico di cronicità-polimorbilità. Di conseguenza, per far fronte a questa casistica anche il modello classico della medicina, ovvero che ha una patologia corrisponde un trattamento, presenta delle difficoltà. Solo una presa a carico multidisciplinare sia a livello medico che infermieristico può rispondere a queste nuove esigenze.
- Non da ultimo, ca. 10 % di persone anziane sopra i 65 anni è fragile o vulnerabile. Si rende dunque essenziale potenziare e sviluppare nel personale due componenti: la prevenzione generale per evitare il rischio ma anche investire nell'educazione terapeutica, ovvero nell'educare e mettere il paziente nelle condizioni di gestire autonomamente la propria malattia o infermità.

Sono stati analizzati i dati dell'Ospedale Beata Vergine che confermano queste tendenze: sempre più pazienti anziani con problematiche cliniche molteplici e varie. Sempre nell'ambito della collaborazione con l'ospedale di zona ed i medici curanti sul territorio, è stata nominata una nuova infermiera di legame: la sig.ra Andreia Arruzza. Il 2011 ha visto cementare questa collaborazione attraverso un lavoro preliminare di strutturazione dei flussi dell'informazione clinica e amministrativa. Da parte del Servizio è stata aumentata la reattività della presa a carico in uscita dall'ospedale mentre all'interno dello stesso sono stati portati avanti in collaborazione vari progetti (ambulatorio delle ferite con la continuità delle informazione tra ospedale e territorio, messa in comune dei protocolli clinici, potenziamento del settore delle assistenti sociali OBV).

In conclusione, il Comitato e la Direzione vogliono ringraziare:

- Il personale per la dedizione e lo sforzo profuso quotidianamente nonché nell'assecondare il cambiamento in corso a livello della presa a carico e a livello logistico-organizzativo interno.
- Il membro di Comitato, già Presidente e rappresentante dello Stato, Marco Ferrazzini che, per impegni di lavoro è dimissionario. Al momento la carica è vacante poiché non sostituito.
- La Direzione dell'Ospedale Beata Vergine ed il Circolo Medico del Mendrisiotto per la collaborazione e lo sviluppo dei progetti concreti

Nel contempo il Comitato invita l'Assemblea ad accettare il rapporto del Comitato ed i conti consuntivi 2011 che prevedono un totale di costo di 10'062'597 franchi e un totale dei ricavi di 10'476'233.97 franchi, con un eccedenza di Servizio di 413'636.20 franchi.

Con ossequio,
Il Comitato dell'Associazione