

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

CONSUNTIVO 2012



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	

* Da aprile 2013 uniti al Comune di Mendrisio

INDICE:

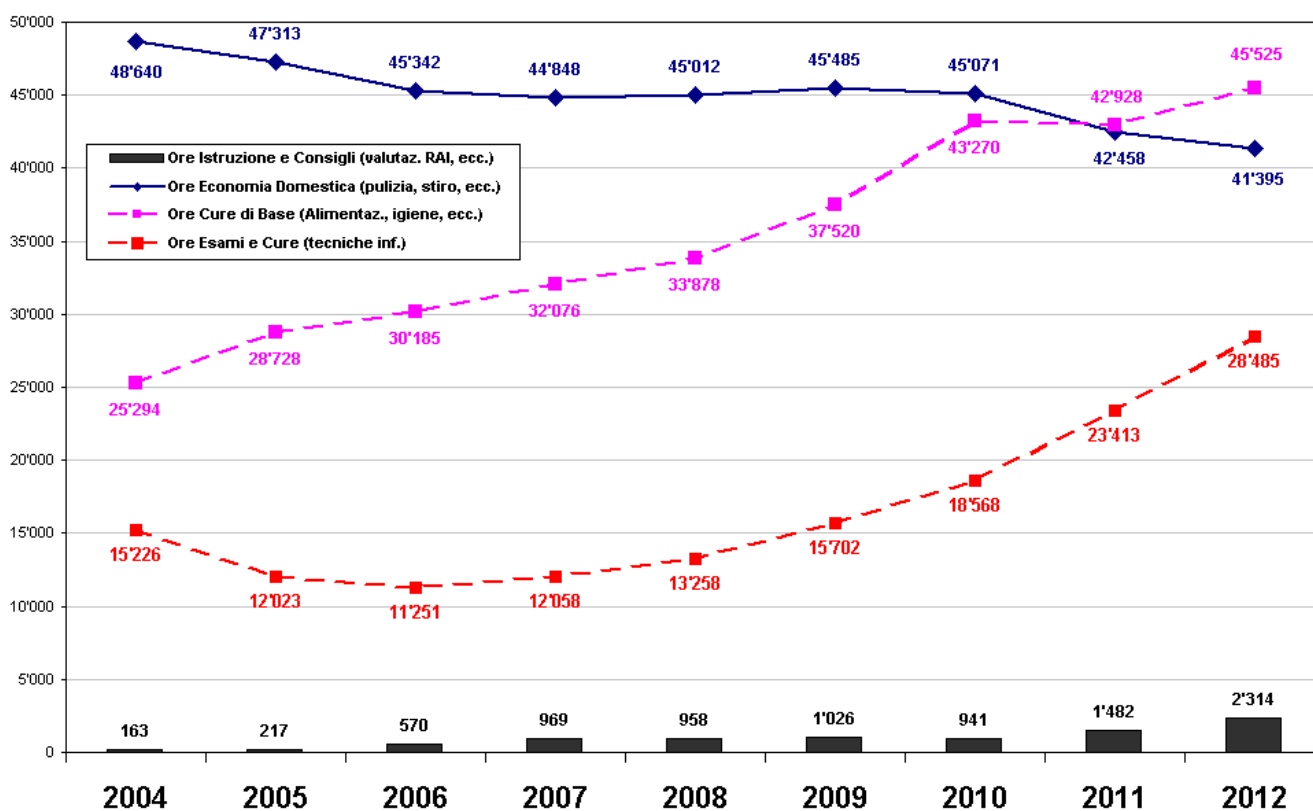
A]	Rapporto del Comitato	Pag.	2
B]	Conti Consuntivi 2012 – Costi/Ricavi	Pag.	14
C]	Commento Contabile – Indicazioni sui Costi/Ricavi	Pag.	21
E]	Conti Consuntivi 2012 – Bilancio	Pag.	38
F]	Commento Contabile – Indicazioni di Bilancio	Pag.	40
G]	Status delle Riserve ACD	Pag.	42
H]	Attestati dei Revisori dei conti (Interfida / Revisori Assemblea)	Pag.	44

RAPPORTO DEL COMITATO

L'attività del Servizio

Il Servizio ha subito un importante sviluppo nel corso del 2012 (cfr. grafico seguente). Sono soprattutto le prestazioni LAMal, in particolar modo gli “esami e cure” (le tecniche infermieristiche quali controlli salute, le medicazioni, le cateterizzazioni, le trasfusioni o idratazioni, ecc.) ad avere avuto un incremento rilevante. Nel dettaglio: istruzioni e consigli (+ 56.2 %), esami e cure (+ 21.7 %) e cure di base (+ 6.0 %). Nel contempo assistiamo ad una leggera flessione delle prestazioni per economia domestica (- 2.5 %). Come già segnalato del resto in altre occasioni, stiamo dunque assistendo ad un fenomeno di “sanitarizzazione” del servizio.

2004-2012: Evoluzione delle ore d'intervento per tipologia di prestazione



Se questi fenomeni sono analizzati sul lungo periodo possiamo notare che è solo a partire dal 2008 che hanno preso forma in modo molto concreto. Le cause sono molteplici e sono da ricercare nell'evoluzione dell'utenza sempre più anziana ed affetta da poli-morbidità, nel nuovo finanziamento alla patologia (DRG) da parte dell'ospedale che impone dimissioni sempre più accelerate e nell'organizzazione interna resa molto più flessibile e dinamica. Ad esempio, se il dispositivo dei fine settimane contava ca. 8 operatori 2006, attualmente lavorano ca. venticinque unità, triplicando quindi gli effettivi e le prestazioni.

In vista della prossima votazione sulla pianificazione settoriale da parte del Gran Consiglio ticinese, la Commissione Sanitaria ha richiesto i dati relativi all'evoluzione del numero di utenti presi a cari-

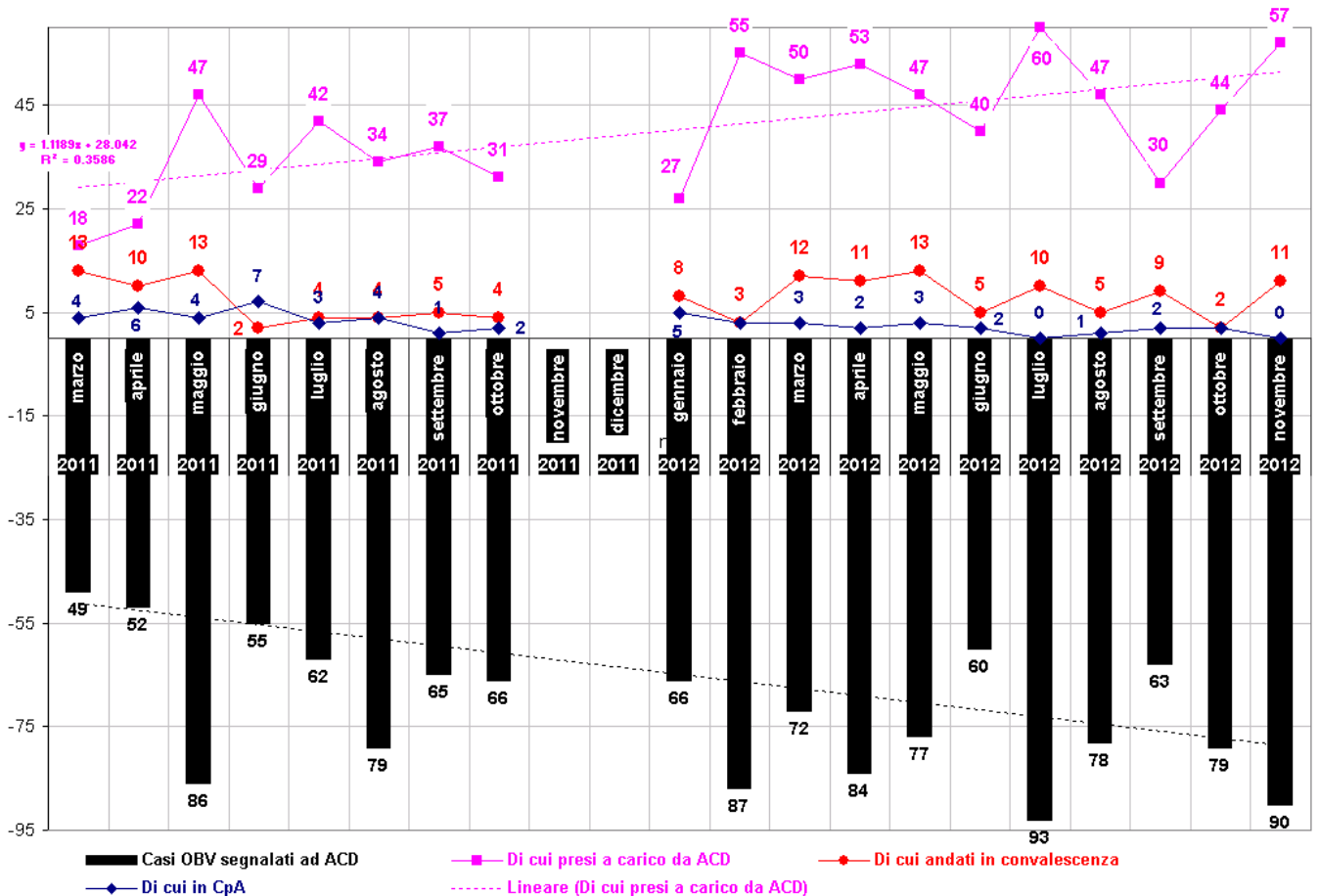
co dal nostro Servizio in uscita dall'ospedale. Il grafico sottostante riassume le segnalazioni in uscita dall'Ospedale Beata Vergine (colonna nera) e le relative prese a carico (riga viola con quadrati).

Si può notare come vi sia generalmente una tendenza all'aumento (da ca. 50-60 pazienti mensili dell'inizio 2011 ai 70-90 pazienti segnalati verso la fine del 2012). Chiaramente non tutti i casi segnalati sono poi presi a carico dall'aiuto domiciliare nel mese in questione.

Come già indicato, la linea con quadrato rosa indica quanti casi sono stati presi a carico dall'aiuto domiciliare sul totale delle segnalazioni (presi a carico immediatamente dopo il ricovero). Possiamo notare che non solo sono aumentati i casi segnalati ma proporzionalmente è aumentata la percentuale dei pazienti presi a carico dal Servizio (dal ca. 40-50 % dei casi segnalati presi a carico a stabilmente il 60 % - cfr. tabella a fianco).

Mesi 2011	%	Mesi 2012	%
Gennaio 2011	----	Gennaio 2012	40.9%
Febbraio 2011	----	Febbraio 2012	63.2%
Marzo 2011	36.7%	Marzo 2012	69.4%
Aprile 2011	42.3%	Aprile 2012	63.1%
Maggio 2011	54.7%	Maggio 2012	61.0%
Giugno 2011	52.7%	Giugno 2012	66.7%
Luglio 2011	67.7%	Luglio 2012	64.5%
Agosto 2011	43.0%	Agosto 2012	60.3%
Settembre 2011	56.9%	Settembre 2012	47.6%
Ottobre 2011	47.0%	Ottobre 2012	55.7%
Novembre 2011	----	Novembre 2012	63.3%
Dicembre 2011	----	Dicembre 2012	----

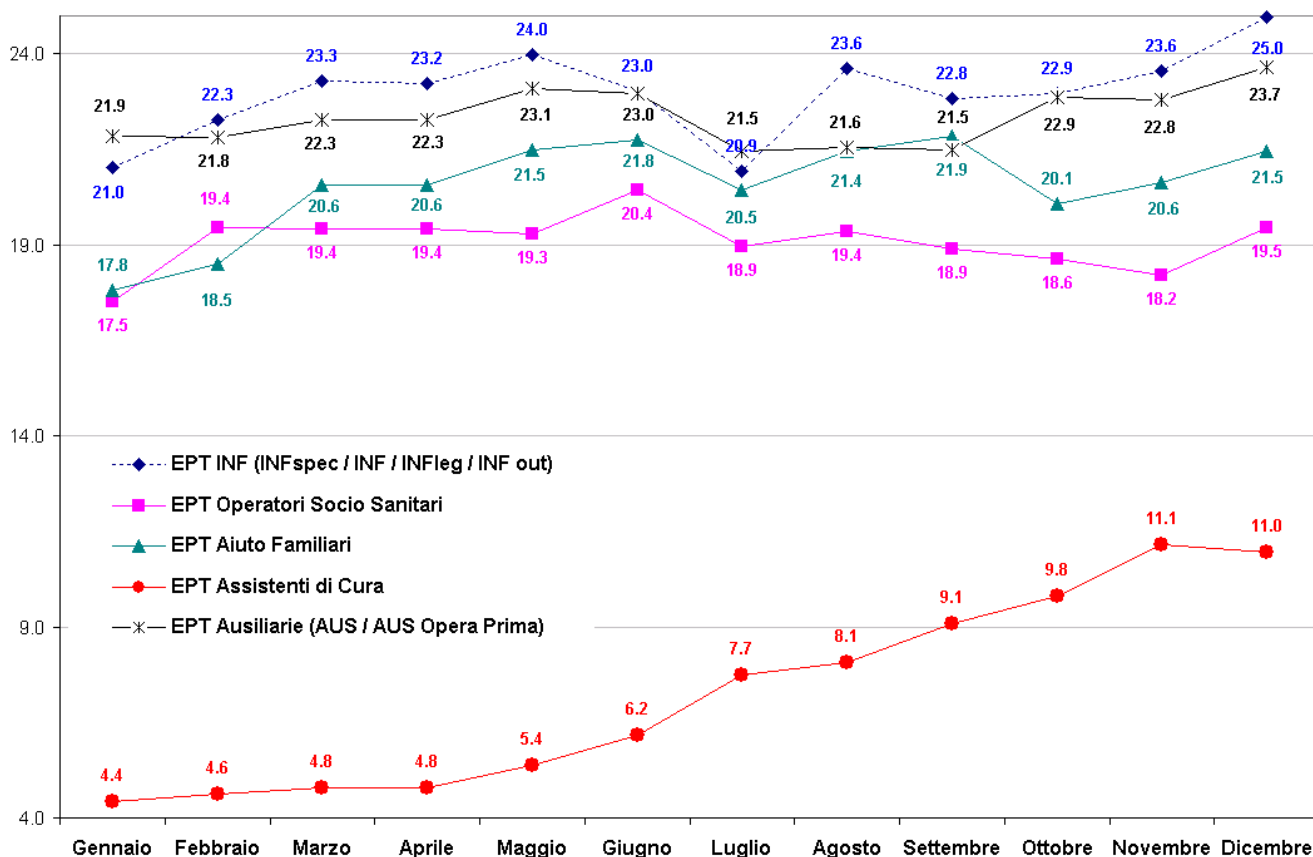
Marzo 2011/novembre 2012, evoluzione dei casi segnalati dall'OBV e come sono stati presi a carico



E' fortemente probabile dunque che il surplus di domanda richiesto dall'ospedale (dovuto al DRG) sia stato assorbito dal Servizio. La capacità d'accettazione di nuovi ospiti da parte delle case per anziani direttamente in uscita dall'ospedale è invece rimasta costante e limitata in considerazione della situazione di costante occupazione dei posti letto.

L'incremento nelle ore d'intervento totali (2011 ore totali = 110'281 ore, 2012 ore totali = 117'719 ore, + 6.74 %) è chiaramente stato compensato dall'aumento degli effettivi. Nel grafico sottostante l'evoluzione mensile per il 2012 delle quote di personale dove le infermiere (rombo blu) e soprattutto gli assistenti di cura (pallino rosso) sono cresciuti in modo importante. Chiaramente questa evoluzione ha comportato un aumento dei costi del personale operativo (per l'evoluzione dei costi cfr. paragrafo di seguito).

2012: Evoluzione delle quote di personale mensili¹



¹ Metodologia:

Totale delle ore erogate diviso le ore mensili (nel totale delle ore erogate sono comprese le ore in outsourcing)

Infine, dal punto di visto del numero di utenti, il Servizio ha incrementato il numero di utenti seguiti di circa una quarantina di unità (+ 2 % delle équipes d'intervento / + 33.6 % nel settore delle Infermiere Consulenti Materno Pediatriche).

	2011	2012
Utenti LAMal e Economia Domestica	1'705 utenti	1'740 utenti
Utenti Infermiere Consulenti Materno Pediatriche	339 utenti	453 utenti
Totale	2'044 utenti	2'193 utenti

Modifica nell'offerta del Servizio: flessibilità, organizzazione e formazione,

Questi fenomeni implicano la ricerca di margini ulteriori di flessibilità offerta dal Servizio. In tale senso si è dato seguito alla creazione di una reperibilità notturna in collaborazione con il Servizio Ambulanze del Mendrisiotto (SAM). La fase test si è svolta dal 1° marzo al 31 ottobre 2012. In questo periodo sono stati effettuati una decina d'interventi, di cui uno solo ha reso necessario l'intervento dell'ambulanza con relativo ricovero; i restanti sono stati legittimi dal punto di vista infermieristico (apparecchi tecnici da riassetare o da reinserire, gestione del dolore ed, in un caso, una relazione di aiuto per una situazione difficile). La convenzione prevede un forfait notturno di 110 fr/notte e l'introduzione operativa è stata anticipata da un percorso formativo interno che ha coinvolto sia gli infermieri del SAM che gli infermieri dell'ACD. A partire dal 1° novembre 2012 è stata poi sottoscritta la convenzione attualmente in vigore. In un'accezione più generale, il progetto con il SAM è da interpretare alla luce di una seria ed importante sfida del mondo sanitario: non è più possibile pensare ed organizzare la cura attraverso dei "compartimenti stagni" (ospedale, aiuto domiciliare, servizio ambulanze, case per anziani, ecc.) ma la presa a carico deve forzatamente integrarsi tra i vari settori della stessa cura.

A tale proposito ricordiamo che la nostra Associazione già nel 2009 ha istituito la figura dell'infermiera di legame, ovvero di una figura "ponte" tra l'Ospedale Beata Vergine e il nostro Servizio. Infermiera che, in collaborazione con i reparti, gli assistenti sociali ed i medici ospedalieri, raggruppa tutte le informazioni necessarie per una gestione ottimale della dimissione e che preavvisa le équipes d'intervento sulle necessità di risorse da pianificare. Contrariamente alle istituzioni, la cura a domicilio necessita di anticipare il più possibile qualsiasi bisogno di risorse in personale, visto che gli interventi sono effettuati individualmente e che ulteriori surplus di lavoro vanno a sovraccaricare dei piani di lavoro già costituiti. Informiamo inoltre che tre altre Associazioni SACD hanno deciso di istituire questa figura.

La creazione di un picchetto notturno e la relativa copertura 24 ore su 24 ore da parte del Servizio, si è resa anche necessaria per il fatto che dal 1° gennaio 2013 non è più in funzione il picchetto infermieristico dell'Associazione Hospice (è attivo solo quello medico), tolto per ragioni d'opportunità interna alla stessa Associazione Hospice.

Con l'OBV gli incontri sono regolari e frequenti tanto che nel corso del 2012 è stata affrontata l'importante tematica della documentazione clinica necessaria per poter effettuare degli interventi in sicurezza per il paziente ed il personale. L'ottenimento delle informazioni di diagnosi mediche, grazie all'istituzione della figura dell'infermiera di legame, non sono un particolare problema poiché ricevute e messe a disposizione del personale tramite il nostro sistema informatico. Un capitolo delicato riguarda l'ottenimento dello schema di terapia per la preparazione/somministrazione dei medicinali; questo poiché la prescrizione deve essere stabilita dal medico ospedaliero unicamente al momento della dimissione. Per evitare errori (o doppioni) e per la protezione dei dati, tutti gli Enti del settore acuto la consegnano unicamente al paziente, unitamente alla lettera di uscita. D'altro canto, la nostra utenza è anziana e spesso all'arrivo del nostro operatore al domici-

lio la lettera non si trova (poiché lo stesso utente non si ricorda dove l'ha messa o poiché lasciata presso studi medici, farmacie o parenti). Inoltre, malgrado l'ospedale sensibilizzi all'importanza di queste informazioni, l'utente (o i familiari) non necessariamente ritengono di dover informare l'Aiuto Domiciliare (generalmente informano il medico che si tiene la lettera non permettendo involontariamente al nostro personale di disporre al domicilio). Di fronte a queste situazioni, sia la direzione sanitaria che quella infermieristica hanno acconsentito a facilitare lo scambio d'informazioni tra i due Enti tanto che nel 2012 si è elaborato un protocollo di invio della documentazione (che garantisca determinati parametri di sicurezza, in particolare che sia unicamente personale sanitario ad avere accesso alle informazioni) che è operativo dal mese di marzo 2013.

Un progetto che ci piacerebbe condividere con l'OBV (e l'EOC in generale) è la messa in comune di risorse in personale; attualmente, alcune collaboratrici dell'Ospedale Beata Vergine (assistenti di cura) sono assunte presso il nostro Servizio. Una valutazione con le collaboratrici sarà effettuata nei prossimi mesi. Siamo convinti di questa possibilità (che probabilmente permetterebbe di limitare l'assunzione di nuovo personale frontaliero) ma constatiamo tre ostacoli: la paura degli Enti (come in questo caso l'ospedale) di non essere in grado di far fronte a delle richieste supplementari interne, la difficoltà nella messa a disposizione tra gli Enti che collaborano dei nominativi dei collaboratori disposti ad aumentare la propria attività, la tempistica di consegna dei piani di lavoro ai dipendenti in ospedale (o nelle altre strutture). Essi sono generalmente consegnati molto tardi. Di conseguenza sarebbe auspicabile che l'ospedale (o le altre strutture) accelerino la programmazione e che i capi-équipe dell'aiuto domiciliare siano estremamente ben formati alla gestione di squadre di lavoro e delle risorse umane.

E' indubbio che il nostro Servizio (come presumibilmente anche gli altri Servizi) sta modificando progressivamente la sua natura: da Ente caratterizzato principalmente da una componente socio-assistenziale ad Ente con forte priorità sanitaria. Senza entrare nel merito delle innumerevoli mutazioni che comporta tale evoluzione a livello della gestione del rischio clinico, ne segnaliamo alcune che riteniamo significative.

In primis, la necessaria flessibilità nella presa a carico. Ovvero l'apertura sempre maggiore delle fasce serali e nei fine settimana. A tale proposito, nel confronto tra il 2011 ed il 2012, le ore erogate all'utenza dopo le 19.00 sono state ca. 400 in più (+ 16.6 %). Anche se si tratta principalmente di un turno di lavoro destinato al personale socio-assistenziale (Operatori Socio Sanitari, Aiuto Familiari e Assistenti di cura), dal 2012 è sempre attiva in turno un'infermiera ed il personale può far capo alla reperibilità telefonica di un capo-équipe.

	2009	2010	2011	2012
Ore d'intervento	1'541.43	2'460.27	2'473.12	2'883.42
Aumento %		+ 59.6 %	+ 0.5 %	+ 16.6 %

Le ore d'intervento sui fine settimana e festivi sono anch'esse in forte aumento (cfr. tabella sottostante). Ad esempio, l'aumento tra il 2011 ed il 2012 è stato di 1'571 ore, ovvero il + 18.6 %. Anche nel fine settimana è attiva una reperibilità di un quadro ACD in supporto alle attività del personale.

	2009	2010	2011	2012
Ore d'intervento	5'805.60	7'569.48	8'463.35	10'035.23
Aumento %		+ 30.4 %	+ 11.8 %	+ 18.6 %

Lo sforzo intrapreso per garantire sempre maggiore flessibilità ha permesso di rispondere alle richieste del territorio.

L'allargamento delle fasce extra diurne implica un'importante riflessione politica e gestionale. La Legge sull'Assistenza e la Cura a Domicilio definisce in modo perentorio che il SACD deve intervenire in modo sussidiario rispetto alle risorse dell'utente (personali e/o familiari). Un intervento di completa tutela o orientato maggiormente all'accompagnamento dell'utente, dunque senza stimolare le sue capacità di resilienza, di reazione alla situazione o d'organizzazione individuale o familiare, renderebbe superflua la ricerca delle strategie di resistenza-resilienza del paziente, comportando degli oneri di costo maggiori per gli Enti Finanziatori. La ricerca di una strategia riabilitativa nello stimolare l'utente a reagire, deve rimanere al centro dell'operato dei SACD ed una completa deregolamentazione delle fasce orarie, spesso intrinseco all'agire dei servizi commerciali², rischia di avere questo effetto secondario.

Ci preme inoltre sottolineare che la flessibilità indotta dal fenomeno di "sanitarizzazione" deve essere supportata anche da un quadro legale adeguato. Secondo la Legge Federale sul Lavoro, attualmente gli Enti di cura a domicilio non possono beneficiare di deroghe al lavoro domenicale, ai tempi di recupero o alle disposizioni sui picchetti come è invece il caso per ospedali, cliniche, case per anziani o istituti per persone disabili. Non si tratta di liberalizzare completamente il settore, ma urge una riflessione in merito.

Altro capitolo che ha permesso un ulteriore scalino verso una maggiore flessibilità nell'offerta del Servizio sono le nuove forme d'organizzazione del lavoro. Nel 2012 sono stati formalizzati i nuovi turni di lavoro (con relative disposizioni interne), è stato creato un sistema di gestione centralizzato delle disponibilità del personale (sistema DISPO-SAGE) ed è stata creata la figura della responsabile risorse umana interna. Dei tempi di risposta brevi impongono una capacità di conoscere in modo dettagliato le disponibilità del personale (ad esempio, del personale ad ore) ed una distribuzione omogenea dei carichi di lavoro. Il sistema DISPO-SAGE e l'istituzione della responsabile RH permettono di pianificare i turni di lavoro con largo anticipo, nonché di verificare la disponibilità

² Nel documento "Pianificazione dell'Assistenza e Cura a Domicilio 2011-2014" (pagine 12) si mette in evidenza che le ore medie annue per caso dei SACD è di 45.37 ore, quelle dei servizi commerciali privati è di 108.51 ore e che la media federale è di 53.70 ore.

delle risorse non più dal punto di vista della singola équipe ma dal punto di vista del Servizio. E' indubbio che le équipes dovranno condividere maggiormente tra di loro le risorse in personale.

La flessibilità non comporta unicamente un aspetto organizzativo ma implica anche una capacità intellettuale. Un capitolo importante riguarda dunque la formazione. In effetti rispondere alle nuove sfide epidemiologiche del paziente "complesso" (dal punto di vista clinico e sociale) non è possibile senza un adeguato accompagnamento formativo e una responsabilizzazione degli operatori e dei capi-équipes alle nuove sfide. In particolar modo, tutti gli operatori (formazione obbligatoria per tutto il personale operativo ed organizzata in collaborazione con Pro Senectute) hanno ricevuto una sensibilizzazione al tema dei maltrattamenti. Un primo momento è stato dedicato all'analisi teorica ed un secondo al teatro interattivo; la compagnia teatrale UTH presentato una *pièce* sul tema ed il personale poteva reagire con osservazioni e proposte nelle varie situazioni critiche di maltrattamento.

Dal punto di vista clinico la Direzione Sanitaria del Servizio ha organizzato, in collaborazione con l'Ente Cantonale Ospedaliero, un aggiornamento di un pomeriggio sulle stomie. Vi hanno partecipato tutte le infermiere e tutti gli Operatori Socio Sanitari del Servizio. Infine, con il Servizio Sottocenerino di Geriatria diretto dal Dr. Quadri, l'Associazione ha riorganizzato il colloquio della rete geriatrica effettuato in OBV per organizzarlo presso la nostra struttura. Grazie al supporto del Dr. Meroni, con tutta l'équipe curante ACD si scompongono e analizzano delle situazione cliniche che hanno presentato delle criticità operative di presa a carico. L'invito è stato esteso anche ai medici curanti che per il momento hanno risposto con scarso interesse. Il già citato fenomeno di "sanitarizzazione" del Servizio e della pazientela implica un conseguente supporto formativo offerto al personale. A tale proposito ringraziamo la Direzione dell'Ospedale Beata Vergine e quella dell'EOC per le varie offerte a noi proposte e per il sostegno.

Nell'ambito delle cure oncologiche e palliative, Comitato e Direzione hanno incontrato la Direzione Sanitaria dell'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI) e dell'ambulatorio di oncologia OBV per fare il punto della situazione. Sono emerse delle esigenze di conoscenza reciproca tra i collaboratori IOSI e ACD; per far fronte a questa esigenza, due collaboratori all'anno dell'Associazione frequenteranno uno stage formativo presso l'ambulatorio IOSI. Questo riavvicinamento ha portato recentemente ad un miglioramento delle comunicazione e della collaborazione. Con l'Associazione Hospice si è proceduto all'abituale aggiornamento sulle cure palliative; prossimamente una riflessione più approfondita sul futuro delle relazioni tra i due Enti dovrà essere affrontata.

In totale ossequio alla filosofia di cura del Servizio, fortemente orientata alla multidisciplinarietà, le ausiliarie di economia domestica hanno seguito un percorso formativo sull'utilizzo ecologico dei prodotti di pulizia (con relativo smaltimento) e la sicurezza della casa.

Infine, il personale ha a disposizione, su base volontaria, un percorso nelle Medical Humanities (una sorta di supervisione di gruppo) affinché siano discusse ed elaborate le problematiche di stress emotivo, di capacità di far fronte ai ritmi del lavoro, di capacità di lavorare in équipe e di gestione individuale del tempo. Supervisor sono il Dr. Graziano Martignoni e la sig.ra Guenda Bernegger.

Nella tabella sottostante le ore ed i giorni (per persona) di formazione offerti dal Servizio per categoria professionale.

	Ore	Giorni
Infermiera	1'280.75 ore	7.0 giorni/persona
Operatori Socio Sanitari	326.18 ore	2.3 giorni/persona
Aiuto Familiare	235.33 ore	1.5 giorni/persona
Assistenti di Cura	200.63 ore	2.1 giorni/persona
Ausiliarie di eco dom.	168.66 ore	1.9 giorni/persona

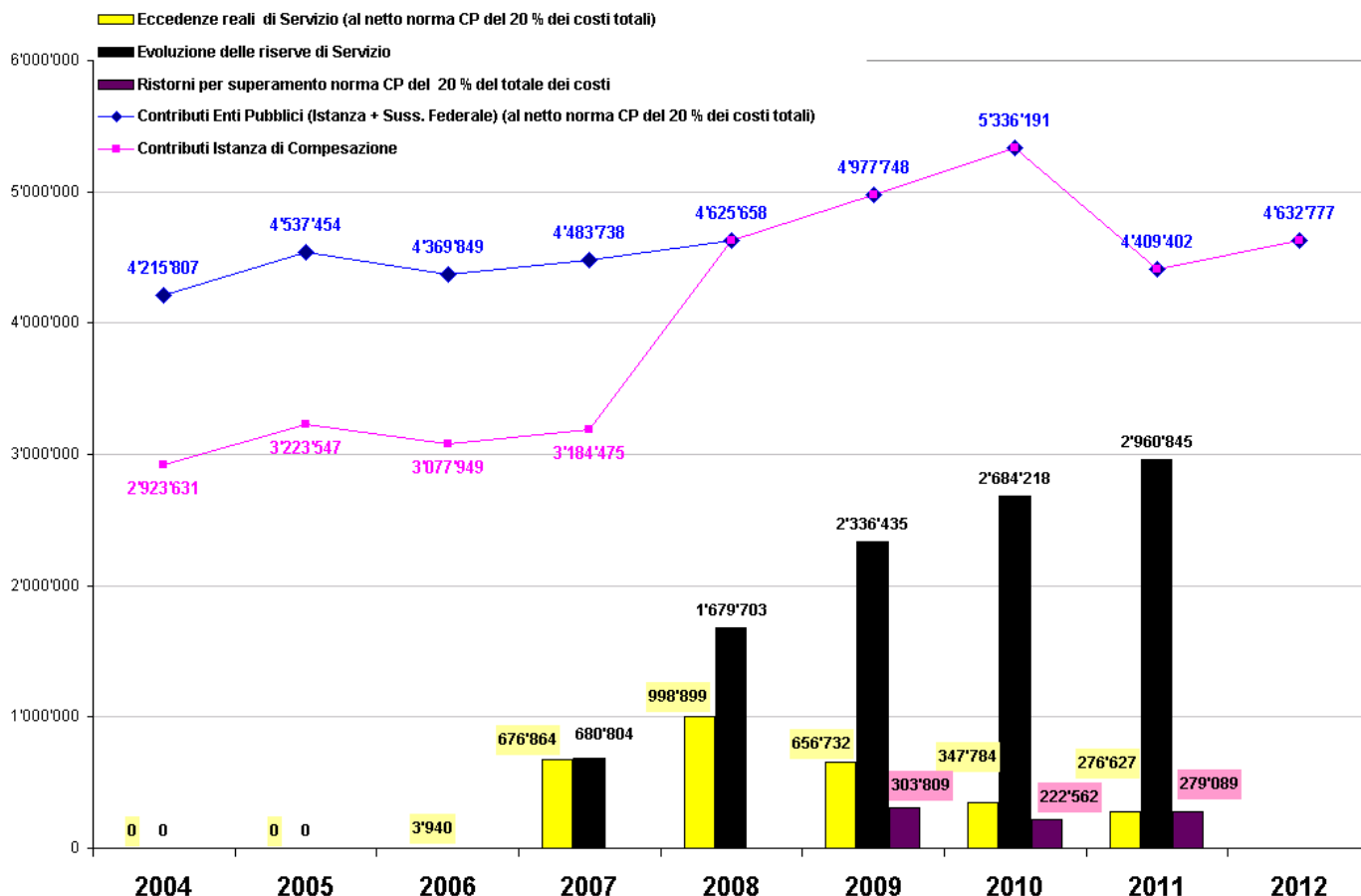
L'obiettivo di migliorare la pianificazione degli interventi è stato molto presente nel corso del 2012. Il fatto di aver scelto il nuovo software informatico (con inizio attività al 1° gennaio 2011) che integra una cartella clinica, ha imposto molti sforzi per spiegare al personale l'importanza e la necessità di documentare costantemente l'evoluzione e la situazione del paziente. Per pianificare e standardizzare la pianificazione è necessario avere a disposizione i dati relativi all'utente costantemente aggiornati. Il software scelto e la piattaforma informatica attuale permettono il raggiungimento di questo obiettivo e la futura messa in comune dei dati agli altri attori sanitari.

Evoluzione della spesa negli anni

Nel grafico alla pagina seguente abbiamo riassunto l'andamento del sussidiamento del Servizio dal 2004 al 2012. Essendo entrato in vigore nel 2006 il sistema del contratto di prestazione, dallo stesso anno la contabilità dell'Associazione si presenta integrando le eventuali perdite/eccedenze e l'evoluzione delle riserve. Sempre con l'entrata in vigore del contratto di prestazione, il Dipartimento ha deciso che il livello massimo di riserva di ogni SACD può arrivare fino ad un massimo del 20 % dei costi.

Per l'anno in questione annunciamo che la soglia di costo per l'Ente Pubblico non prevede un aumento importante del contributo (2011: 4'409'402 franchi / 2012: 4'632'777 franchi / + 5.1 %) considerato l'importante aumento delle ore d'intervento (cfr. capitolo Attività del Servizio), la copertura 24 ore su 24 ore e la copertura più estesa delle fasce di attività.

2004-2012: Evoluzione delle ore d'intervento per tipologia di prestazione, nr di utenti e ore d'intervento



Mesi 2011	Nr utenti LAMal o Eco Dom	Ore LAMal	Ore Eco. Dom.
2004	1'548	40'683.27	48'639.62
2005	1'582	40'968.00	47'313.00
2006	1'522	42'006.29	45'342.35
2007	1'550	45'103.36	44'848.04
2008	1'563	48'093.20	45'012.08
2009	1'620	54'247.51	45'485.25
2010	1'670	62'779.00	45'071.00
2011	1'705	67'823.00	42'458.00
2012	1'740	76'324.12	41'394.95

Dal punto di vista storico, si può notare come nel corso degli anni 2008/2009, il sussidio federale di circa 1 mio e mezzo venuto a cadere sia stato assorbito e, come dal 2010 al 2011, la riduzione del contributo sia stata importante a causa di una modifica sostanziale dei parametri del contratto di prestazione e l'aumento delle tariffe delle casse malati.

Inoltre, da tre anni a questa parte, l'Associazione ha raggiunto il limite massimo di riserve consentito da Contratto di Prestazione (il 20 % dei totale dei costi) e ritorna all'Istanza di Compensazione le sue eccedenze (ca. 800'000 franchi in tre anni). Inoltre, le riserve in capitale si attestano a circa 3 mio di franchi.

Per quanto attiene all'attività (utenti e ore), il Servizio è cresciuto molto (cfr. tabella sopra). Dal 2004 al 2012 gli utenti seguiti sono aumentati di ca. 200 unità mentre le ore LAMal di ca

A fronte dunque di costo generale del Servizio relativamente poco aumentato, il volume di attività è stato forte.

Questi risultati sono stati possibili attraverso il miglioramento dell'attribuzione della prestazione più sanitaria alla figura più formata (dunque più cara), ovvero il miglioramento dello "skill mix":

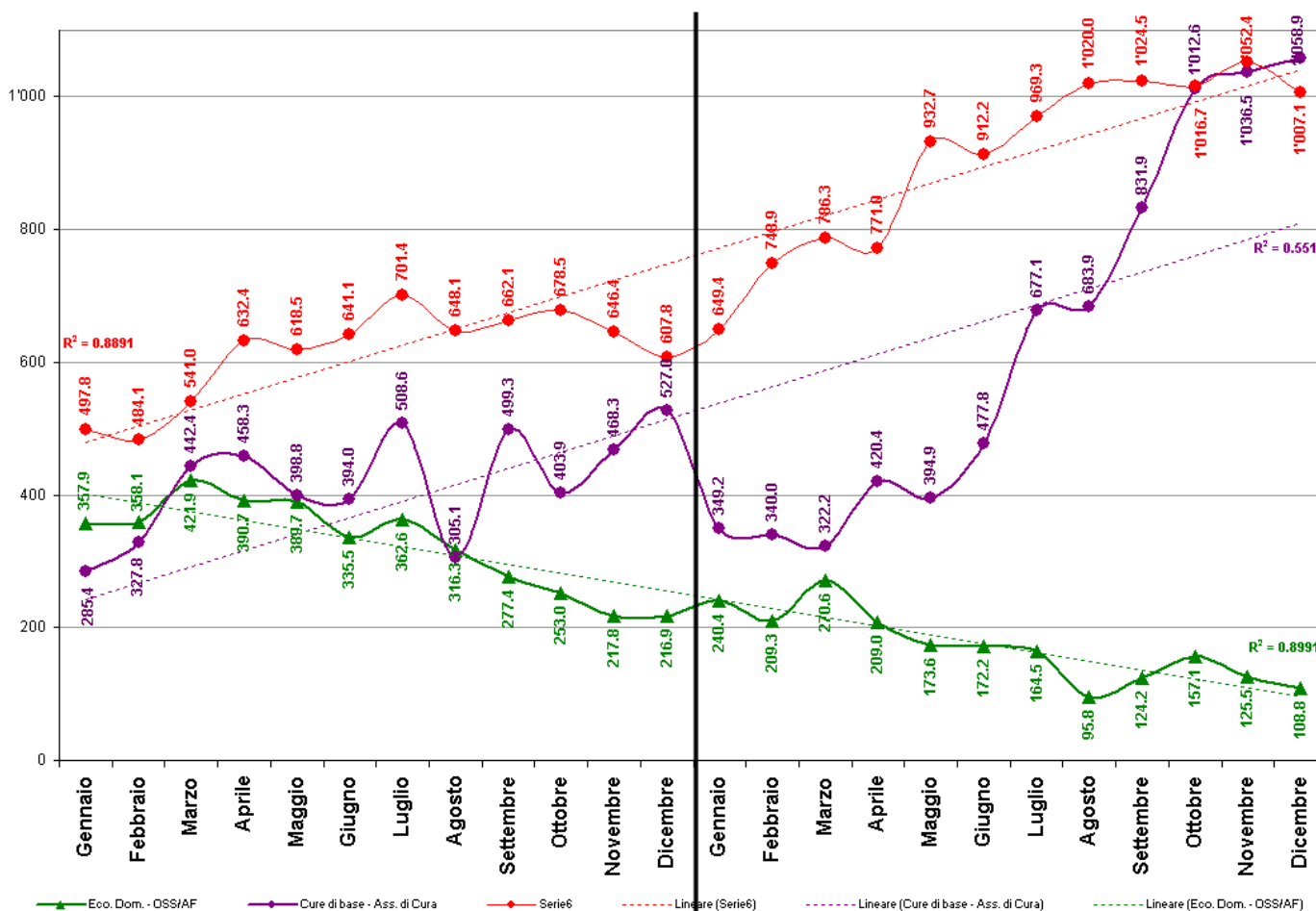
- Alle infermiere (che hanno un importante costo) sono attribuite le tecniche infermieristiche (e non le cure di base);
- Agli Operatori Socio Sanitari le tecniche infermieristiche semplici e le cure di base (e non le economie domestiche);
- Alle Aiuto familiare le cure di base (e non le economie domestiche)

La tabella sottostante definisce la percentuale di sussidiamento dell'Ente Pubblico nel rapporto tra figura professionale e la prestazione da erogare (ad esempio, per un aiuto familiare o Operatore Socio Sanitario che effettua delle economie domestiche, l'Ente Pubblico sovvenziona nella misura del 68.2 % la sua ora di lavoro).

Prestazioni	Infermieri	Oper. Socio-San / Aiuto Familiari	Ass. di Cu- ra	Ausiliarie di Eco Domestica
Consigli e istruzioni	40.9 %	---	----	----
Esami e cure	40.9 %	14.0 %	----	----
Cure di Base	47.4 %	30.0 %	6.3 %	3.1 %
Eco. Domestica	75.7 %	68.2 %	57.6 %	56.5 %

Di conseguenza un obiettivo per il contenimento del sussidiamento è l'ottimizzazione delle risorse tra il costo dell'operatore ed il reddito della sua prestazione. Nella pagina seguente il grafico che riassume alcuni fenomeni di ottimizzazione in atto dal 2011 al 2012 per alcune figure professionali (le economie domestiche delle aiuto familiari/Operatori Socio Sanitari, le piccole tecniche infermieristiche per gli Operatori Socio Sanitari e le cure di base per gli Assistenti di Cura).

2011-2012: Evoluzione dello "skill mix" (conformità tra livello formativo e prestazione effettuata)



Sottolineiamo però che non è possibile portare all'estremo questa logica di ottimizzazione oppure incrementarla maggiormente poiché può rivelarsi problematica dal punto di vista della qualità e della sicurezza. Ad esempio, per i pazienti psichiatrici non è sempre possibile, anche per delle semplici pulizie in casa, inviare un'ausiliaria di economia domestica poiché questi atti a bassa remunerazione hanno un risvolto educativo e necessitano di una figura professionale formata (la relazione con questa tipologia di utenza deve essere instaurata anche su delle basi di conoscenza della patologia). Oppure, nelle valli laterali non è possibile inviare due categorie professionali per due prestazioni differenti.

In considerazione di quanto esposto, il Comitato invita l'Assemblea ad accettare il rapporto del Comitato ed i conti consuntivi 2012 che prevedono un totale di costo di 10'690'550.65 franchi e un totale dei ricavi 11'162'886.19 di franchi, con un eccedenza di Servizio di 472'335.54 franchi.

Quest'anno giunge a scadenza il mandato a Comitato e Assemblea, ringraziamo i Delegati per la fiducia accordata al Servizio ed il personale per l'impegno profuso.

Con ossequio,
Il Comitato dell'Associazione