









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

# CONSUNTIVO 2013



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

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

## INDICE:

<b>A]</b>	<b>Rapporto del Comitato</b>	<b>Pag.</b>	<b>2</b>
<b>B]</b>	<b>Conti Consuntivi 2013 – Costi/Ricavi</b>	<b>Pag.</b>	<b>11</b>
<b>C]</b>	<b>Commento Contabile – Indicazioni sui Costi/Ricavi</b>	<b>Pag.</b>	<b>18</b>
<b>E]</b>	<b>Conti Consuntivi 2012 – Bilancio</b>	<b>Pag.</b>	<b>38</b>
<b>F]</b>	<b>Commento Contabile – Indicazioni di Bilancio</b>	<b>Pag.</b>	<b>40</b>
<b>G]</b>	<b>Status delle Riserve ACD</b>	<b>Pag.</b>	<b>42</b>
<b>H]</b>	<b>Attestati dei Revisori dei conti (Interfida /Revisori Assemblea)</b>	<b>Pag.</b>	<b>44</b>

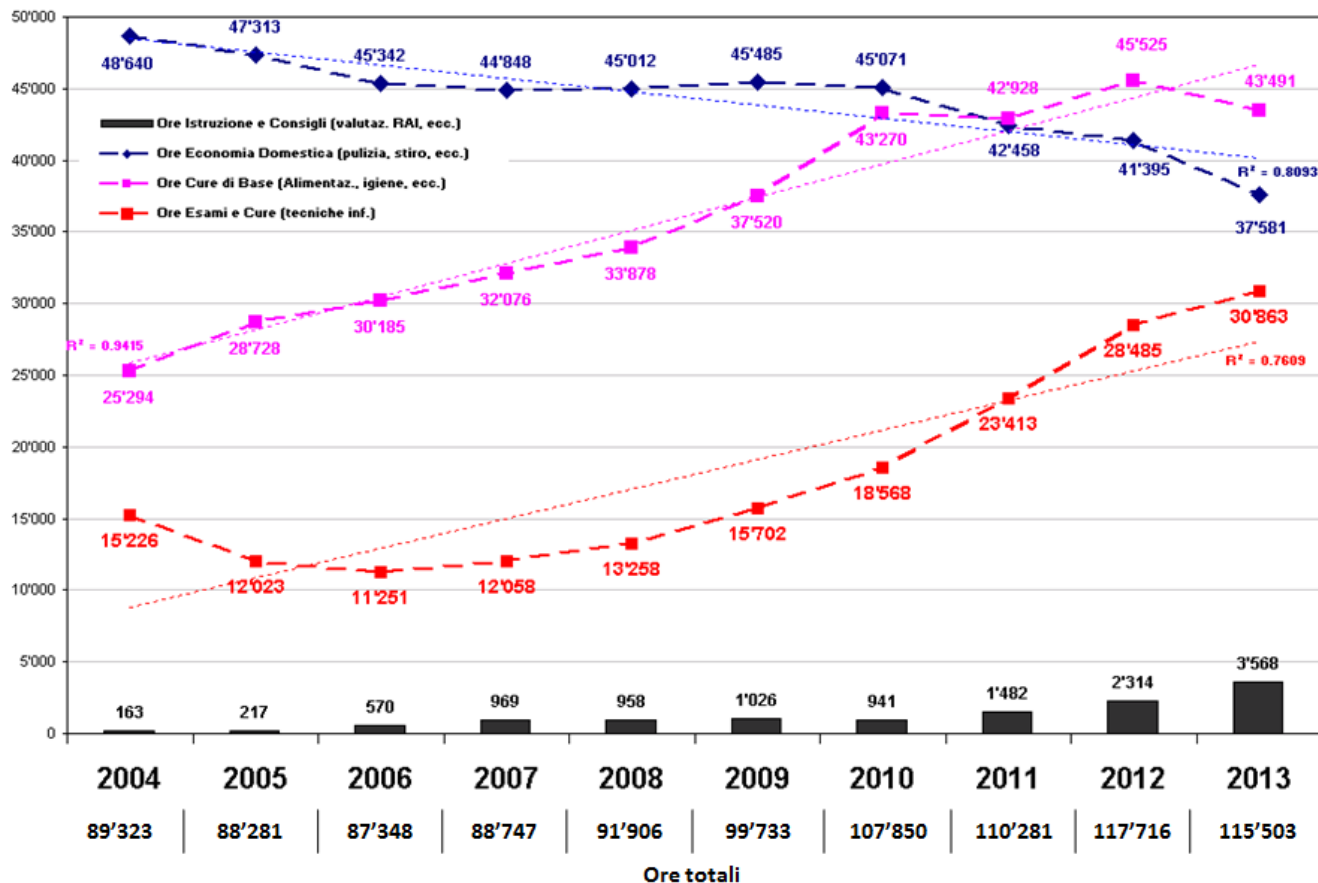
## RAPPORTO DEL COMITATO

Il nuovo comitato dell'Associazione per l'Assistenza e la Cura a Domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio (sACD) si è riunito per la prima volta il 1 settembre 2013. I nuovi membri hanno così potuto conoscere l'intensa e variata attività delle collaboratrici e dei collaboratori, guidati dal direttore, signor Brian Frischknecht e dalla direttrice sanitaria, signora Sabrina Revolon. Il numero di dossier aperti e la delicatezza dei diversi compiti affidati alla nostra Associazione sono indicatori della professionalità richiesta costantemente a tutti, dal personale amministrativo a quello che si occupa della cura delle persone e della loro quotidianità. Le molteplici competenze messe in atto testimoniano l'efficacia della rete sociale e sanitaria di tutto rispetto che è stata tessuta in questi anni e che assicura continuità nella presa a carico dell'utenza sul territorio. L'obiettivo che accomuna singoli cittadini e enti pubblici, per il mantenimento in salute e a domicilio della maggior parte della popolazione è centrale per la nostra Associazione. Alcuni snodi importanti della nostra rete operativa permettono al sACD di tessere vantaggiosi contatti con altre istituzioni attive sul territorio. Pensiamo alle Cliniche, al Servizio dei trasporti d'urgenza, alle Case per anziani e agli altri Enti che operano per il mantenimento in salute della popolazione. L'attenzione generale va ai bisogni sociali e sanitari dell'utenza anche se le scelte strategiche della direzione, con il sostegno di questo comitato, mirano un aumento dell'offerta sanitaria. Durante l'anno è stato sottoscritto un protocollo d'intesa tra il sACD e l'EOC, per assicurare continuità alle attività infermieristiche coordinate nella struttura ospedaliera e sul territorio. I due Enti hanno consolidato buone relazioni in ambito formativo, grazie alla possibilità data alla nostra Associazione di accedere al catalogo delle offerte formative dell'Ente Ospedaliero. Le dimissioni dal nosocomio sono poi concertate regolarmente con il sACD attraverso la figura della nostra infermiera di legame. Questa nostra collaboratrice è sempre più integrata nelle attività di reparto e con le assistenti sociali dell'EOC oltre che con le équipes mediche. Consideriamo, infatti, che un *triage* coordinato e multidisciplinare effettuato in ospedale, con un contatto continuo con l'utente e i suoi familiari e tramite supporti informatici, sia fondamentale per valutare il grado di sanitarizzazione più opportuno per il paziente stesso al momento della dimissione.

Altri progetti sono sul tappeto e il Comitato li persegue in accordo con la Direzione. L'attenzione alla costruzione e alla gestione di una rete socio sanitaria efficace e a costi contenuti ci spinge a cercare collaborazioni in settori che possono rientrare nella nostra area di competenze. Affinare le nostre competenze e consolidare il nostro ruolo negli ambiti della cura sono da considerare come obiettivi prioritari per l'Associazione e per gli enti finanziatori, in primi i Comuni. E' generalmente ben documentato in letteratura che più il luogo o il contesto di cura è "sanitarizzato"/medicalizzato, più i costi sono alti. Un *triage* e una valutazione ottimale, che definisca il giusto grado di "sanitarizzazione" in relazione alle condizioni di salute del paziente, permette una risposta ottimale sia dal punto di vista finanziario che qualitativo.

Alcune conseguenze di questo *triage*, che dovranno però essere verificate con studi approfonditi, comparati e longitudinali, si stanno evidenziando anche nel nostro Servizio; in effetti, sempre di più all'attività delle équipes orientata all'utente cronica si sta affiancando un intervento a termine e con un obiettivo di cura preciso. Con questa strategia il sACD cerca di combinare un servizio puntuale e efficace per l'utente e il suo contesto familiare pur nell'attenzione ad una pianificazione oculata e efficiente degli interventi.

L'analisi dei dati ci dimostra che anche quest'anno (cfr. grafico) sono aumentate le ore d'intervento per la prestazione "esami e cure" (tecniche infermieristiche) [+ 2'398 ore rispetto al 2012] e per la prestazione "istruzione e consigli" (attività di valutazione della situazione / educazione terapeutica al paziente) [+ 1'254 ore rispetto al 2012]. Invece le ore per l' "economia domestica" (riordino/stiro) [- 3'814 ore rispetto al 2012] e le ore per le "cure di base" (aiuto nelle attività della vita quotidiana come lavarsi / vestirsi / mobilizzarsi / ecc.) [- 2'034 ore rispetto al 2012] sono diminuite. La diminuzione di quest'ultime attività relative al campo assistenziale conferma la tendenza descritta, che determina un orientamento più sanitario del Servizio.



Anche il forte incremento degli utenti (cfr. tabella di seguito) con delle ore d'intervento tendenzialmente stabili suggeriscono che all'utenza cronica il Servizio ha aggiunto un'utenza che richiede cure temporanee, cure che hanno l'obiettivo di ristabilire lo stato di salute del paziente e la conseguente fine degli interventi stessi

	2011	2012	2013
Utenti LAMal e Economia Domestica	1'705	1'740	1'823
Utenti delle Infermiere Consulenti Materno Pediatriche	339	453	406
Totale	2'044	2'193	2'229

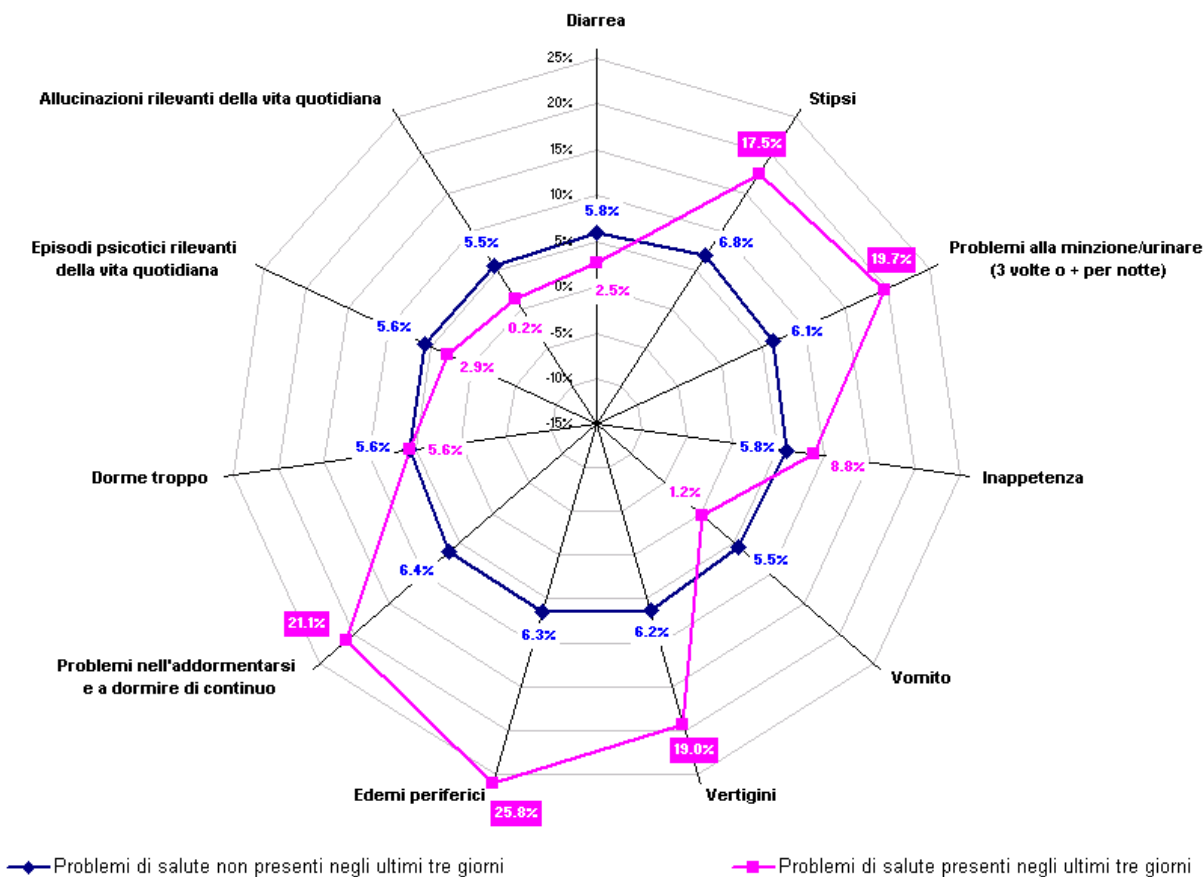
In ambito delle prestazioni tecnico-sanitarie, nel corso del 2013 l'Ospedale Beata Vergine ha costituito l'ambulatorio ferite, luogo in cui vengono curate le ulcere e vengono seguiti i pazienti principalmente dopo un intervento chirurgico o a seguito di malattie croniche con complicazioni cutanee (ad esempio, diabete). La stretta collaborazione in questo ambito permette di migliorare anche la qualità erogata dei nostri operatori nell'ambito delle medicazioni. Attività che anche l'Associazione propone ma chiaramente a domicilio. Grazie

all'intesa tra il nostro Ente, l'OBV ed i medici curanti sul territorio siamo riusciti a non entrare in una dinamica di concorrenza ma, al contrario, a mettere in comune le risorse. I pazienti comuni ai due Servizi vengono regolarmente visti al domicilio attraverso però una supervisione costante da parte dell'ambulatorio, grazie alla trasmissione in tempo reale dei dati e delle fotografie delle ferite/ulcere inviate dalle nostre operatrici alle colleghe dell'EOC.

Sempre in ambito delle collaborazioni con l'Ente Cantonale Ospedaliero, nel 2013 è stato approfondito il tema della nuova sede presso gli spazi che potrebbero essere messi a disposizione nelle vicinanze dell'Ospedale Beata Vergine. E' stata firmata un'impegnativa di massima per il trasferimento delle attività amministrative e ambulatoriali e le esigenze in spazi. Come illustrato nel grafico precedente, l'evoluzione delle ore d'intervento (con il conseguente aumento del numero di personale operativo e amministrativo) ha reso necessaria la ricerca di nuovi spazi.

Dalle prime analisi dei dati epidemiologici rilevati con lo strumento di valutazione RAI-HC (399 valutazioni relative all'anno 2013), si nota (cfr. grafico sottostante) come un utente su tre sia affetto da edemi periferici, situazioni che spesso poi portano a scompensi cardiaci ad ulcere/ferite e che per un utente su due sia una problematica apparsa negli ultimi tre giorni. Per rispondere a questo bisogno risulta necessaria una buona collaborazione tra il Servizio, i medici curanti e l'ambulatorio ferite.

Valutazioni RAI – Capitolo "Problemi di salute"



Dal grafico (cfr. pagina precedente) risultano anche due elementi interessanti: le problematiche di salute principali alle quali il Servizio deve rispondere sono legate all'eliminazione (fecale o urinaria), nella gestione delle

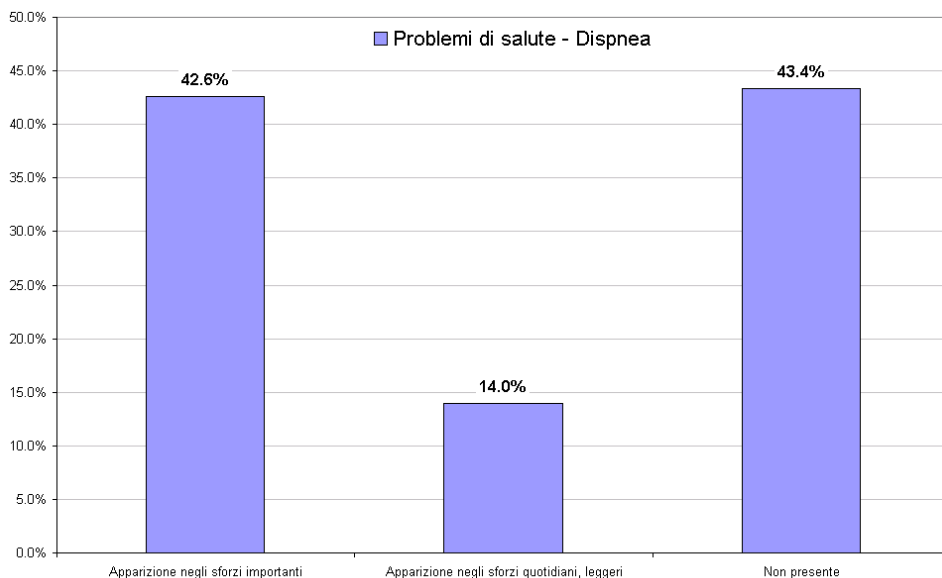
vertigini (con l'evidente rischio di cadute), dei già citati edemi periferici e nella gestione del sonno. Questo risulta essere evidente soprattutto in situazioni dove la problematica è apparsa di recente. Ciò conferma l'indirizzo sanitario che è stato preso dal Servizio e dalla gestione di utenti relativamente instabili dal punto di vista clinico. La situazione richiede da noi una capacità di risposta in tempi brevi alle problematiche di salute dei pazienti.

Sempre in relazione alle problematiche di salute degli utenti segnaliamo che la gestione della dispnea (mancanza di respiro) degli utenti è un problema molto presente (ca. due valutazioni su tre segnalano questa problematica di salute). Essa impone, ad esempio, un adeguato coordinamento con il medico (nonché la capacità di riferire correttamente segni/sintomi), un'eventuale gestione dei farmaci a domicilio (nei casi più gravi la garanzia della presenza di bombole di ossigeno) e degli adeguati consigli e istruzioni all'utente sulla gestione delle situazioni.

E' intenzione dell'Associazione valutare con attenzione questi dati e definire di conseguenza le strategie organizzative interne, formative ed in termini di relazioni con Enti specializzati per far fronte alle problematiche di salute dei nostri utenti.

Sempre in abito delle collaborazioni a livello ambulatoriale e specialistico, con l'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI) e con Associazione Hospice, per le cure palliative, continuano i rapporti intensi di lavoro. Con lo IOSI è piuttosto il nostro Servizio a beneficiare d'informazioni ma nel corso dei prossimi mesi sarà nostra premura attivare la collaborazione nei due sensi, ad esempio con l'opportunità per gli oncologi di visionare la nostra cartella clinica dei pazienti seguiti in comune. La stessa cosa vale per l'Associazione Hospice. L'attività formativa invece continua in modo importante con i regolari aggiornamenti che l'Associazione Hospice fornisce al Servizio. Il 2013 ha visto inoltre la nascita di un importante ambulatorio oncologico privato a Mendrisio; sono stati presi dei primi contatti rinnovando l'apertura alla collaborazione della nostra Associazione per eventualmente strutturare al meglio le relazioni di lavoro.

Sempre in ambito sanitario, altro importante partner dell'Associazione è il Servizio Ambulanze del Mendrisiotto (SAM). La collaborazione permette molteplici scopi: garantire la copertura notturna degli interventi ma anche la possibilità di introdurre dei protocolli di lavoro e aumentare l'attitudine da parte del personale a lavorare con questi strumenti. Resta attiva l'attenzione per adeguare regolarmente questi protocolli alla realtà effettiva, che è sempre imprevedibile in un'attività a domicilio e che spesso è da negoziare con l'utente stesso.



Per testimoniare queste nuove realtà dell'attività dell'Associazione e per mostrare la bellezza, le particolarità e le difficoltà di lavorare a domicilio, verso la fine dell'anno scorso, l'Associazione ha editato la quinta edizione del suo calendario. Esso è stato sviluppato da un gruppo interno composto dal personale con l'obiettivo di mostrare la prospettiva del collaboratore nell'attività quotidiana e di rendere un po' più visibili gli aspetti nascosti del lavoro di cura a domicilio. Relazione estremamente intima e fortemente coinvolgente tanto da dover costantemente investire nella ricerca delle giuste distanze tra curante e paziente, responsabilità individuale di fronte a scelte etiche e di presa a carico immediate da dover mettere in atto, la gestione dell'utente ma anche dei familiari e il supporto dell'équipe in un contesto dove l'équipe non esiste al quotidiano e nell'immediato, sono solo alcuni degli aspetti trattati. Riteniamo che l'opinione pubblica spesso trascuri questi aspetti endogeni oppure ne prende atto in maniera indiretta, come ad esempio, quando recentemente alcune "badanti" o, con un termine che sta prendendo piede "assistenti familiari", hanno manifestato il loro disagio. Contrariamente alle "badanti", la professionalità del nostro personale non porta i nostri collaboratori a esprimere questa componente potenzialmente stressante che rimane dunque ancora nascosta. La realizzazione del calendario 2014, così come altre iniziative aggregative e orientate al "team building", sono dunque un modo per assicurare espressione e dignità a questi aspetti, un po' negletti dall'opinione pubblica.

Anche in ambito accademico, queste problematiche stanno trovando una giusta collocazione. La Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) ha creato un percorso intitolato "cure a domicilio e gestione del network territoriale". L'Associazione ha previsto la frequentazione dei corsi per sei collaboratrici. A complemento di questo percorso più orientato all'aspetto relazionale e attitudinale della cura, sempre la SUPSI sta attivando una formazione questa volta più orientata alla capacità di valutazione del rischio clinico ed alla conoscenza degli aspetti preventivi dell'attività infermieristica a domicilio. Ci rallegriamo dunque che il mondo della formazione abbia cominciato a cimentarsi con le esigenze del settore domiciliare, contribuendo de facto a professionalizzare ancor di più il settore.

Nel quadro della citata formazione "cure a domicilio e gestione del network territoriale" sono però emerse delle criticità che provocano conflittualità tra i partecipanti. In effetti, sono presenti anche alcuni rappresentanti dei servizi commerciali privati per i quali emerge che il tempo della presa a carico è uno spazio che non ha limiti. Questo fatto si rispecchia anche nei valori quantitativi descritti dal rapporto cantonale sulla pianificazione settoriale<sup>1</sup>, dove gli Enti commerciali privati hanno una media di ore per utente nettamente superiore a quella dei SACD. Visto che pubblico e privato sono entrambi sussidiati, si pone con forza la problematica della comparazione e dei controlli.

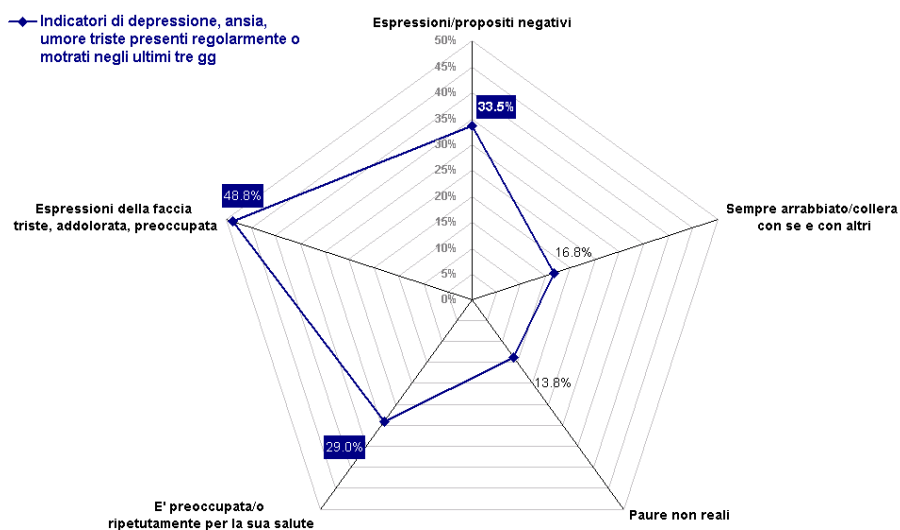
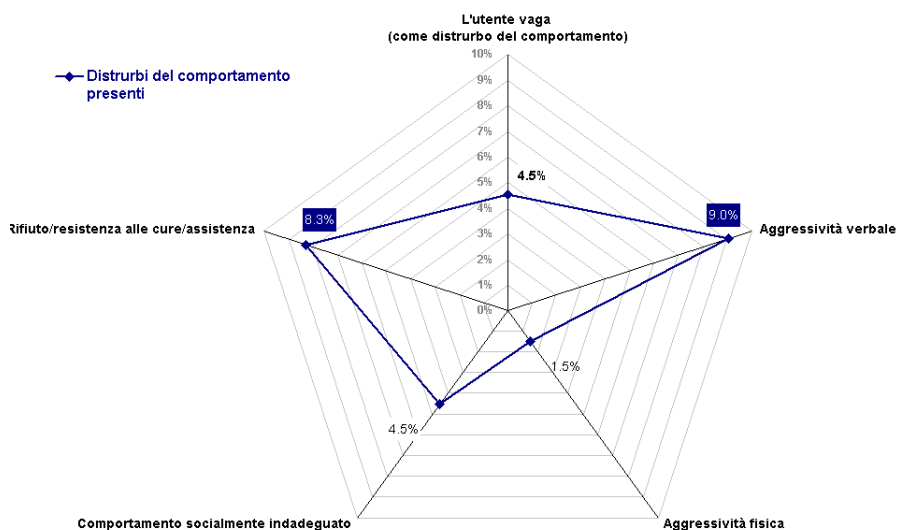
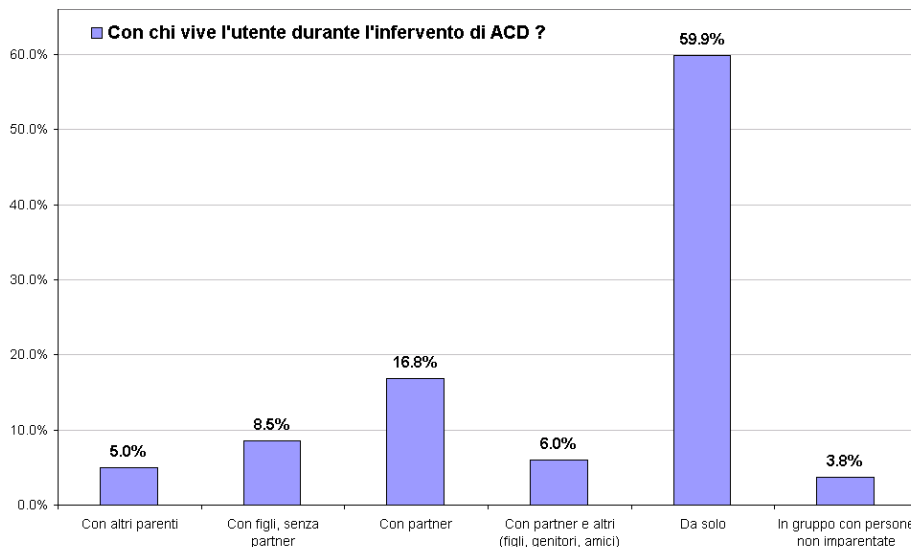
Alcuni ambienti sostengono che i servizi commerciali privati intervengano per pazienti più complessa che richiede più ore d'intervento; questo aspetto farebbe lievitare le ore medie per caso di questi servizi. D'altra parte, le statistiche presentate mostrano un indirizzo quantitativo della nostra Associazione ad assumere un ruolo più marcatamente sanitario ed indicherebbero il contrario. E' certo che il solo dato grezzo dell'ora erogata come parametro di comparazione e di definizione di casistiche complesse o semplici è estremamente riduttivo e bisognerebbe avviare un'analisi basata su un sistema di reporting capace di evidenziare qualitativamente la complessità di un paziente.

---

<sup>1</sup> 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.

La complessità di un utente non è unicamente determinata dal numero di ore d'intervento bensì dalle necessità di gestire la logistica intrinseca alla situazione del paziente (farmacia, mezzi ausiliari, organizzazione della casa, ecc.) e di coordinamento (gestione e coordinamento con la rete sanitaria e gli altri Enti/persone attive nella presa a carico come fisioterapisti, esperti in cure palliative, Servizio Socio Psichiatrico, ecc. ). Ad esempio, il 60 % della nostra utenza vive da sola con la conseguente

necessità per gli operatori di mettere in campo degli approcci preventivi e di essere attenti alla gestione dei rischi (eventuali cadute, eventuali assunzioni di farmaci sbagliate, ecc.) di una permanenza a domicilio.



Altro elemento importante che rende la presa a carico più o meno complessa, è l'aspetto relazione che intercorre tra il personale e l'utente. Come si può notare dai grafici a fianco, ca. 10 % delle situazioni di cura si caratterizzano per una relazione di aggressività verbale da parte dell'utente e ca. 8 % per una resistenza alle cure. Tali situazioni implicano un investimento di tempo e risorse importanti non fatturabili alla cassa malati. Escono dunque da qualsiasi calcolo sulla complessità delle situazioni di cura se il parametro ritenuto è l'ora fatturata. Non da ultimo, quando l'utente non aderisce al progetto di cura poiché afflitto da una negatività psicologica (dovuta a depressione, ansia o tristezza), l'investimento in tempo di gestione della situazione diventa importante e dispendioso.

Il settore delle cure a domicilio è diventato dunque terreno di forti interessi e di scontro politico e, come tale, dev'essere analizzato in profondità prima di prendere decisioni importanti e definire delle etichette a-priori sostenendo che i SACD, rispetto ai servizi commerciali privati, sono Enti troppo cari e soddisfano pazientela non complessa. Attraverso un sano confronto tra i vari Enti pubblici e privati attivi sul territorio cantonale, i dati oggettivi risultanti dalle valutazioni RAI-HC o da altri dati epidemiologici, sono dunque un tassello importante nel rilevare se queste considerazioni sono giustificati.

Che questo tipo di dibattito e metodologia oggettiva siano diventati essenziali per le scelte future, lo si nota dalle recenti decisioni politiche e da quelle che attraverseranno il settore. La privatizzazione delle cure a domicilio è uno dei tavoli di discussione aperti in merito alla revisione dei compiti dello Stato. Inoltre, a fine 2013, nel quadro delle misure di risanamento del debito dello Stato, il Consiglio di Stato aveva formulato l'ipotesi d'introduzione di un forfait giornaliero di 8 fr al giorno per giornata di prestazione effettuata. Tale decisione è poi stata ritirata prima della votazione su iniziativa della Commissione della Gestione del Parlamento ticinese. Nell'incontro consultivo con il Consigliere di Stato, l'Associazione aveva manifestato alcune perplessità di fronte a questa proposta poiché avrebbe frenato lo sviluppo settoriale delle cure a domicilio incentivando l'istituzionalizzazione dei pazienti, arrischiava di aumentare le persone che rinunciano a curarsi (provocando sovraccosti in altri settori delle cure) e, infine, portava l'utente a rinunciare alle prestazioni preventive (gestione dei farmaci, prevenzione delle cadute e dei rischi legati all'alimentazione, ecc.). In questo contesto ribadiamo quanto più volte sottolineato, ovvero che l'Ente pubblico deve rimanere al centro dello sviluppo settoriale e, nel contempo, deve farsi promotore di uno sviluppo coordinato con gli Enti commerciali privati. In contropartita, quest'ultimi devono allinearsi nelle valutazioni delle ore d'intervento e sottostare ad un maggior controllo del loro operare. La rinuncia nel 2013 del gruppo commerciale privato Artemide nel collaborare con la nostra Associazione, ci rammarica e ci lascia presagire che le ragioni di questa disdetta siano da ricercare nella avversione dei servizi privati ad essere controllati nelle ore d'intervento e nell'utilizzo del personale.

Nel corso del 2013, il Dipartimento aveva istituito i controlli sistematici sul volume delle ore d'intervento dei servizi pubblici e privati, causando un forte aggravio amministrativo di costo sia per l'Amministrazione Pubblica che per gli Enti attivi sul territorio. Associato al fatto che tali verifiche hanno portato solo marginalmente ad un allineamento delle ore medie d'intervento dei servizi commerciali privati rispetto a quelle dei SACD, il Dipartimento ha poi deciso di annullare la procedura al 31 dicembre 2013 e a limitarsi a dei controlli a campione. Teniamo a precisare che dal primo gennaio 2011, sia pubblico che privato sono finanziati dai contributi pubblici, nella misura dell'80 % da parte dei Comuni. È essenziale che gli stessi Comuni siano promotori di un controllo sull'attività settoriale.

Non da ultimo rimane irrisolta la questione legata ai Contratti Collettivi di Lavoro. Assenti o con garanzie minime per le organizzazioni private commerciali e in essere per le organizzazioni pubbliche. La differenza di costo tra i due settori risiede in modo preponderante in questa differenza di trattamento nei confronti del personale. Se da un lato al personale vengono richieste sia maggiore professionalità che efficienza, nel contempo la discriminante di costo dello stesso personale rischia di provocare delle condizioni sfavorevoli di lavoro e una logica al ribasso. Nel contesto della Commissione Paritetica Sindacati/Datori di Lavoro è stato elaborato un interessante documento che mette a confronto i costi del pubblico con quelli del privato. Allineando le condizioni di lavoro e finanziando in modo equivalente le attività d'interesse pubblico (interventi nelle valli laterali) il costo tra i due settori si avvicina fortemente.

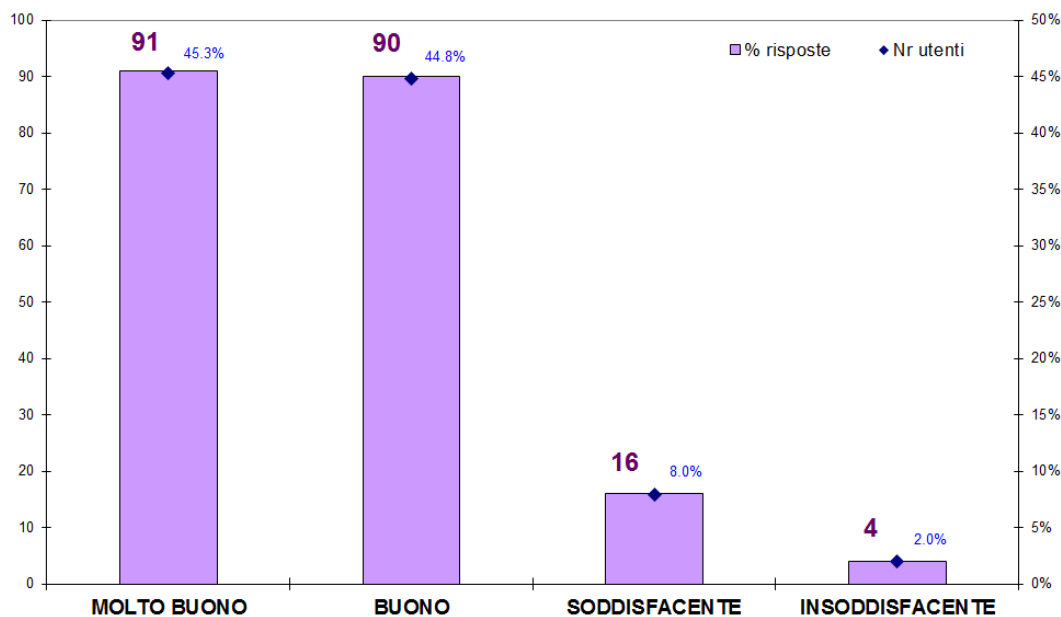


Per rispondere alla sfida concorrenziale lanciata dai servizi commerciali privati e per rispondere alle accresciute esigenze sanitarie degli utenti è in atto un grosso cambiamento culturale interno al Servizio. Temi come la responsabilità clinica, la professionalità e la flessibilità del personale sono all'ordine del giorno.

In rapporto alle esigenze dell'utenza, l'organizzazione delle cure di base (aiuto nel vestirsi/svestirsi, nell'alimentarsi, nel mobilizzarsi, nell'igiene personale dell'utente, ecc.) è stata rivista attraverso dei turni di lavoro che iniziano nel tardo pomeriggio o la sera. Per quanto riguarda l'attività sanitaria sul fine settimana, oltre al dispositivo pianificato che conta circa una trentina di persone, un'infermiera è sempre reperibile dal suo domicilio ed il medico ha l'accesso telefonico diretto per richiedere un intervento (turno denominato "TRI"). Quest'infermiera TRI permette al medico di poter ordinare un intervento nell'immediato e pure di disimpegnare i colleghi in caso di importanti carichi di lavoro supplementari in arrivo dall'ospedale il fine settimana. Sempre di più l'organizzazione del lavoro della nostra struttura si avvicina all'organizzazione del lavoro ospedaliera. La Direzione ha introdotto la consegna dei turni lavorativi ai dipendenti entro il 26 del mese per il mese seguente mentre la consegna dei turni sul fine settimana e serale con un mese di anticipo ma per quattro mesi successivi. Soprattutto, sono stati introdotti i quantitativi minimi di personale obbligatoriamente presente in servizio con l'obiettivo di evitare di essere scoperti in personale nei momenti di sovraccarico di lavoro oppure di avere troppo personale in vacanze nei periodi delle festività e nel periodo estivo. Questi accorgimenti hanno imposto l'introduzione di un sistema informatizzato e centralizzato della gestione delle disponibilità di personale.

Dal punto di vista dello sviluppo di una professionalità sempre maggiore del personale, oltre al già citato grosso investimento formativo, la cartella clinica informatizzata si è imposta come strumento di lavoro condiviso. Si tratta di un importante cambiamento nelle modalità di lavoro del personale poiché, soprattutto il settore socio-assistenziale, è fortemente ancorato ad una cultura orale nonché a un rapporto individuale tra utente e operatore. Il fenomeno di "sanitarizzazione" in corso, con la conseguente necessità di dare continuità alla presa a carico e di adeguare in continuazione gli obiettivi di cura, con la creazione di turni di Servizio, impone invece piuttosto una cultura scritta e una forte identità di Servizio.

Due volte all'anno, il Servizio invia all'utenza un questionario sulla soddisfazione della qualità degli interventi. A fianco i risultati del mese di luglio 2013 per i quali si può stimare un discreto apprezzamento per l'attività svolta. A fronte di ciò si ringrazia il personale per l'impegno. Infine, segnaliamo l'arrivo di una nuova capo-équipe la sig.ra Donatiello-Orifici che ha sostituito il partente sig. Sanvido.



Infine, nel 2013 si è creato un gruppo di lavoro spontaneo tra l'Ufficio Cantonale della Prevenzione/Valutazione sanitaria dell'Ufficio del Medico Cantonale ed il Servizio. L'obiettivo comune a questo gruppo era l'aggiornamento delle schede alimentari per la prima infanzia integrando i pediatri nella riflessione. Questo settore ha bisogno di rinsaldare dei "ponti" professionali tra mondo infermieristico e mondo medico; secondariamente, come lo è per le équipes territoriali d'intervento, è essenziale tradurre e strutturare le conoscenze infermieristiche in documenti e protocolli di lavoro. A tale proposito si ringraziano la Dr.ssa Roncoroni-Zappa, il Dr. D'Apuzzo, il Dr. Giambonini, il Dr. Wechsler ed il Dr. Schiavi per il contributo offerto nell'elaborazione di queste schede. Sempre nell'abito delle infermiere consulenti materno pediatriche, il Dipartimento ha creato un gruppo di lavoro cantonale per studiare eventuali riassetto organizzativi del settore; il precedente Comitato aveva posto all'attenzione dello stesso Dipartimento DSS che un eventuale ristrutturazione deve partire dalla valorizzazione del ruolo delle stesse infermiere e non l'integrazione di esse altre Entità o ambiti.

**In considerazione di quanto esposto, il Comitato invita l'Assemblea ad accettare il rapporto del Comitato ed i conti consuntivi 2013 che prevedono un totale di costo di 10'861'846.32 franchi, un totale dei ricavi 11'081'260.70, con un eccedenza di Servizio di 219'414.38 franchi e un sussidio pubblico di 4'555'828.43 franchi.**

Con ossequio,  
Il Comitato dell'Associazione