

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

CONSUNTIVO 2014



ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO
MENDRISIOTTO E BASSO CERESIO

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:

A]	Rapporto del Comitato	Pag.	2
B]	Conti Consuntivi 2014 – Costi/Ricavi	Pag.	13
C]	Commento Contabile – Indicazioni sui Costi/Ricavi	Pag.	20
E]	Conti Consuntivi 2014 – Bilancio	Pag.	40
F]	Commento Contabile – Indicazioni di Bilancio	Pag.	42
G]	Status delle Riserve ACD	Pag.	44
H]	Attestati dei Revisori dei conti (Interfida / seguirà rapporto revisori)	Pag.	46

RAPPORTO DEL COMITATO

Nuova pianificazione dei dipendenti

Il grande cantiere del 2014, nel quale molte energie sono state investite, è stata la nuova pianificazione degli interventi degli operatori presso gli utenti.

La precedente pianificazione prevedeva l'auto-pianificazione del personale. I collaboratori sceglievano gli utenti da seguire e, nelle riunioni di équipe, riempivano una griglia settimanale di lavoro che consegnavano al proprio responsabile. La crescente complessità dei pazienti, sempre più instabili clinicamente e a rischio ricovero, nonché le dimissioni sempre più rapide dall'ospedale, rendevano necessaria una rielaborazione della programmazione settimanale di cinque giorni lavorativi, verso la fine della settimana. Molti casi, infatti, erano da aggiungere o togliere oppure ancora molte prestazioni erano da modificare in termini di contenuti della attività da svolgere o in termini di tempo d'intervento della visita. Considerato che erano gli stessi dipendenti ad effettuare la pianificazione e che solo i collaboratori disponevano delle informazioni necessarie per elaborarla, i capi-équipe erano in una palese asimmetria d'informazione e non potevano intervenire o aiutare. Inoltre, l'auto-pianificazione comportava il rischio che alcuni collaboratori cercavano di seguire sempre utenti "leggeri", lasciando ai colleghi gli utenti "complessi".

Di conseguenza, il Servizio è passato da una pianificazione settimanale delle prestazioni ad una programmazione giornaliera, nonché ad una pianificazione effettuata sotto la responsabilità e la supervisione diretta del capo-équipe.

Per considerare meglio la crescente "sanitarizzazione" dell'utenza e per migliorare l'organizzazione interna, molte tappe preliminari sono state necessarie. In primis, il personale ha dovuto formalizzare e dettagliare le prestazioni da svolgere presso l'utente attraverso il catalogo degli atti indicati nello strumento di analisi dei bisogni "Resident Assessment Instrument Home Care" (RAI-HC), elaborato dall'organizzazione mantello degli spitex pubblici. Questa fase non è stata di poco conto poiché ha comportato un cambiamento culturale importante. In generale, il mondo socio-assistenziale è poco propenso a sintetizzare la propria pratica professionale e poco orientato a formalizzare e documentare la propria attività. L'impronta forte della comunicazione orale e la poca propensione a elaborare protocolli di lavoro sono realtà ancora presenti nel mondo della cura e dell'assistenza a domicilio. Dall'altra parte però, il crescente movimento per i diritti dei pazienti e l'esigenza di erogare prestazioni a valenza scientifica e a sostenibilità economica, impongono il contrario.

Oltre alla formalizzazione delle prestazioni da erogare al domicilio dell'utente e delle modalità per effettuare gli atti, **per poter correttamente definire una programmazione del lavoro, i capi-équipe ed il personale in équipe hanno dovuto definire le tempistiche dell'intervento, gli orari e la frequenza delle visite, nonché la categoria professionale abilitata ad effettuare l'atto in determinate situazioni.**

Quest'ultimo aspetto ha una valenza estremamente importante sul finanziamento dei SADC. In effetti, esso è definito dalla legge federale LAMal come un finanziamento residuale ("Restfinanzierung") rispetto alle tariffe degli assicuratori malattia. Ad esempio, se una prestazione infermieristica, definita dalla LAMal come "esami e cure" con tariffa 65.40 franchi all'ora, è erogata da un'Infermiera che

ha un costo riconosciuto in sede di contratto di prestazione di circa 135 franchi all'ora, l'Ente pubblico è chiamato ad un sussidiamento di circa 70 franchi all'ora; se la stessa prestazione infermieristica è effettuata da un Operatore Socio Sanitario, che ha un costo riconosciuto in sede di contratto di prestazione di circa 92 franchi all'ora, il sussidiamento pubblico residuale sarà di soli 27 franchi all'ora. **Per poter attribuire in pianificazione la prestazione infermieristica ad un'Infermiera piuttosto che ad un Operatore Socio Sanitario è fondamentale un sistema d'informazione clinico e amministrativo performante e strutturato; e occorre poi che lo stesso sia usato correttamente da tutti i dipendenti.** L'attuale sistema informatico consente di disporre in tempo reale d'informazioni "da e per" tutti i collaboratori sul territorio (capi-équipe inclusi) sui cambiamenti della severità, rispettivamente sulla stabilità del quadro clinico dell'utente. Questo presupposto permette di decidere in sicurezza se inviare presso l'utente l'infermiera o l'operatore socio-sanitario. Il nostro sistema informatico Medical Link dunque, corredato da una cartella clinica strutturata (Kardex) e dalla messa a disposizione per tutto il personale di tablet collegati ad Internet, permette questa fruibilità generalizzata delle informazioni cliniche e amministrative e, di conseguenza, l'ottimizzazione del costo della figura professionale con la garanzia della sicurezza e della qualità per il paziente. Inoltre, la messa in comune delle informazioni cliniche tra infermiera e operatore socio sanitario favorisce la delega di attività che sarebbe impossibile effettuare senza i costanti *feed-back* d'attività.

Altro elemento legato alla pianificazione e introdotto nel corso del 2014 è **la creazione di un algoritmo informatizzato di pianificazione.** Una volta raccolti i dati sulla tipologia di prestazioni da effettuare, sulle fasce orarie delle visite da programmare, sulle tempistiche e frequenze d'intervento e sulla categoria professionale abilitata a effettuare i vari atti da svolgere a domicilio, **giornalmente si attiva un algoritmo di pianificazione che integra i seguenti criteri di attribuzione dell'utente all'operatore: la distanza in termini di chilometri, l'ottimizzazione del costo della figura professionale alla prestazione da effettuare, la presenza più regolare di un operatore di un altro in quella specifica situazione di cura e, infine, alcuni ulteriori specificità degli interventi** (ad esempio, l'utente che espressamente chiede una figura femminile/maschile per l'intervento). Una volta elaborata in automatico ed informaticamente una prima bozza di pianificazione, il capo-équipe finalizza il lavoro e con 48 ore di anticipo sul giorno lavorativo invia agli operatori il documento con "giro degli utenti" da effettuare. I planning sono inviati sui tablet dei dipendenti e contemporaneamente inviati, via SMS, sui telefoni professionali. Questa metodologia è ispirata e estrapolata dalle grandi agenzie di trasporti ed è un'interessante applicazione di concetti aziendali e imprenditoriali alla gestione del settore sanitario, ancora restio ad aprirsi a questi metodi di lavoro.

Il fatto di repertoriare le prestazioni da effettuare per ogni nostro utente, di definire una frequenza e una tempistica dell'intervento adeguate alle esigenze dell'utente permette di **definire il carico di lavoro giornaliero e settimanale.** Questo dato è poi elaborato e messo a confronto dalla Direzione con la disponibilità di personale, quantificabile in ore di attività. Qualora vi siano scompensi regolari tra domanda di lavoro e disponibilità di personale, la Direzione procede con nuove assunzioni.

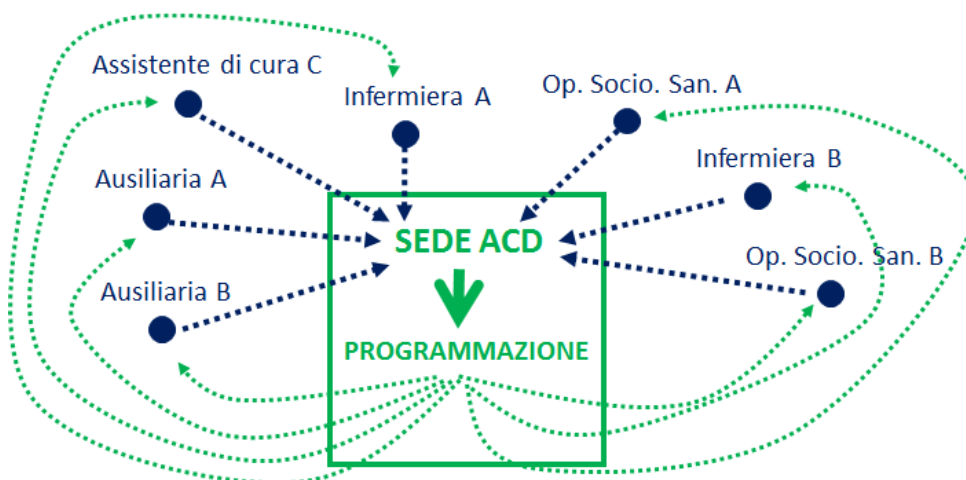
Per poter mettere a confronto i bisogni degli utenti con le risorse disponibili, nel corso del 2014 è stato introdotto un **nuovo dispositivo di gestione dei turni di lavoro - sistema Dispo-SAGE, nonché delle nuove turnistiche per il personale.**

Il sistema Dispo-SAGE permette di definire la presenza mensile del personale, tenendo dunque conto delle vacanze, dei congedi e delle malattie ma anche delle attività di servizio che sottraggono risorse al servizio diretto all'utenza. Ad esempio, un'infermiera in formazione non potrà essere attiva

sul territorio. L'introduzione di questo sistema ha impegnato la Direzione ed i capi-équipe nello strutturare il processo interno di segnalazione delle presenze (attribuzione dei turni di lavoro ai dipendenti nonché delle attività di servizio) e delle assenze, soprattutto per quanto riguarda le malattie che, per loro natura, sono segnalate sovente all'ultimo minuto. Per facilitare la raccolta di tutte le segnalazioni necessarie per creare il piano mensile di lavoro dei dipendenti **è stata definita e formata una nuova figura interna: la responsabile RH**. Questa persona invia ai collaboratori, sempre attraverso un'applicazione informatica, i piani mensili di lavoro. Essi sono consegnati il 25 di ogni mese per il mese seguente mentre le pianificazioni dei turni festivi sono effettuate quattro volte all'anno per la durata di tre mesi.

Il 2014 ha visto anche la creazione di nuovi turni di lavoro. Sono stati introdotti dei turni di reperibilità telefonica per le infermiere. Nei fine settimana e nei giorni festivi, oltre ai capi-équipe che a turno sono reperibili telefonicamente già dal 2013, in appoggio ai collaboratori con attività pianificata è sempre raggiungibile telefonicamente un'infermiera pronta ad uscire sul territorio. Questa misura è stata introdotta per evitare di dover aggiungere ulteriore lavoro in urgenza al lavoro già aggiudicato ai collaboratori assegnati al turno festivo. Secondariamente, alcuni medici hanno espresso il desiderio di poter contattare l'infermiera attraverso una linea diretta e dedicata (numero di telefono: 079 702 32 68). Per il personale socio-assistenziale sono stati introdotti i "turni spezzati", ovvero con attività nel corso della mattina e rientro al lavoro nel tardo pomeriggio o sulla fascia serale; questa soluzione è resa necessaria dal fatto che difficilmente le attività di igiene personale dell'utente possono essere svolte nel primo pomeriggio. Infine, il Segretariato ha aumentato la sua copertura giornaliera garantendo una presenza dalle 07.30 alle 18.00. Le uniche turnistiche rimaste stabili sono relative alle ausiliarie di economia domestica e delle infermiere consulenti materno pediatriche per le quali gli orari ed i giorni di lavoro restano diurni e feriali.

In definitiva, **il progetto della nuova pianificazione degli interventi ha comportato una progressiva maggiore strutturazione dei processi di lavoro sul territorio e, in sede, un accentramento delle informazioni verso la sede (cfr. schema seguente) che permette una risposta immediata all'utenza sui vari passaggi dei dipendenti, una risposta clinica ai medici e, a livello macro-aziendale, il progressivo abbandono di una visione individualista del lavoro per arrivare a definire processi collettivi di lavoro definiti dal datore di lavoro.**



Le informazioni cliniche (decorsi clinici urgenti e parametri clinici rilevati) e amministrative (prestazioni da erogare, tempistiche e frequenze d'intervento vengono inviate in tempo reale ai terminali dei rispettivi capi-équipe e loro vice. Sulla base delle informazioni ricevute, quest'ultimi elaborano la pianificazione degli interventi e la inviano in tempo reale ai collaboratori.

In questo schema di lavoro i **capi-équipe hanno visto modificarsi il loro ruolo; quest'ultimo non è più unicamente clinico ma a queste attività associa in modo marcato delle competenze nel management di persone e di prestazioni.** Grazie alla collaborazione di esperti in risorse umane, per i capi-équipe sono state messe in campo delle specifiche formazioni sulla gestione delle proprie agende, del tempo e delle priorità, sulla gestione della comunicazione e dei feed-back comunicativi e sulla capacità di valutazione del proprio personale. Nel contesto di questo rapporto, il Comitato e la Direzione ringraziano i capi-équipe per essersi messi a disposizione per questo importante cambiamento, non solo in termini di onere ma anche in termini di responsabilità e trasformazione aziendale.

Il passaggio dall'auto-pianificazione nelle sedute di équipe alla pianificazione definita dal Servizio ed inviata giornalmente attraverso il supporto informatico, ha permesso di liberare del tempo nella riunione multi-disciplinare, meglio investito per la discussione clinica. Nel corso del 2014, su mandato del Dipartimento della Sanità e della Socialità (DSS), la Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) ha proceduto alla valutazione della soddisfazione del personale. Il nostro personale ha partecipato al sondaggio in modo minore rispetto alle aspettative e rispetto agli altri SACD del Cantone. Uno degli elementi di criticità emersi nella valutazione riguardava proprio la riunione di équipe, per molti troppo occupata dal lavoro di pianificazione e poco orientata alla discussione delle problematiche di cura e assistenza dell'utente. La pianificazione informatizzata definita dal Servizio, ha dunque risposto anche a un'esigenza del personale. Questa nuova pianificazione ha **reso l'équipe curante il perno della presa a carico, responsabilizzando così ogni singolo individuo e ogni categoria professionale rispetto agli obiettivi di cura e assistenza definiti congiuntamente in équipe.** La capacità del professionista sanitario di garantire un buon livello della cura e della comunicazione in équipe è spesso considerata come un fatto scontato; i primi mesi di questo nuovo modo di lavorare, che vede in parallelo un'aumentata responsabilità individuale e una partecipazione collettiva, mostrano invece che molti passi sono ancora da intraprendere affinché sia raggiunto un vero e proprio lavoro di rete (cfr. capitolo seguente).

Sempre nell'abito delle attività inerenti il personale, nel 2014 sono stati offerti i **corsi anti-sbandamento del TCS ed i corsi di auto-difesa Aikido.** Questi due momenti formativi avevano l'obiettivo di ridurre eventuali stress nella guida e determinati dal lavoro in solitudine, tipico dell'aiuto domiciliare.

In conclusione, già il precedente Comitato si era posto la questione di **come comunicare con il personale ben sapendo che per la maggior parte del tempo è attivo sul territorio** (contrariamente al personale in istituzione sempre presente in sede) e che un ipotetico rientro costante in sede di tutto il personale avrebbe un costo significativo. L'introduzione del sistema Medical Link, del sistema centralizzato Dispo-Sage e della specifica applicazione ACD sviluppata *ad hoc* permettono ora questa comunicazione a distanza, con la garanzia che le informazioni arrivino al giusto destinatario e che contengano i dati necessari per lavorare in sicurezza. Non da ultimo queste applicazioni informatiche sono messe a disposizione anche di altri attori della rete socio-sanitaria.

Gli sviluppi nella rete socio-sanitaria

Oltre che all'obiettivo interno presentato nel capitolo precedente, il 2014 ha visto il servizio impegnato nella promozione della rete socio-sanitaria.

In primis, il progetto trasporti in collaborazione con l'Associazione Mendrisiotto Anziani (AMA) e il Servizio Ambulanze del Mendrisiotto (SAM). Con l'incremento dei bisogni delle persone anziane e con l'accresciuta "sanitarizzazione" degli interventi degli operatori dell'Associazione per l'Assistenza e la Cura a Domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio (ACD), si è posto con forza il bisogno di meglio strutturare le sinergie all'interno della rete territoriale in termini di trasporti, senza andare a sovrapporsi ai trasporti d'urgenza. AMA dispone a tutt'oggi di soli volontari; purtroppo, per degli interventi con un intenso grado sanitario (pazienti dializzati, trasporti con sedia a rotelle, utenti in cura chemioterapica, ecc.) non era in grado di rispondere in modo adeguato. Per completare dunque l'offerta, ACD e AMA hanno beneficiato del supporto di un terzo partner nel progetto: il Servizio Ambulanze del Mendrisiotto (SAM).

Nella seconda metà del 2014, il tre Enti hanno sottoscritto una convenzione che definisce le responsabilità reciproche, ovvero:

- ACD ha sviluppato una applicazione informatica (APP IOS/Androide) che permette al suo personale di trasmettere in tempo reale la domanda d'intervento alla centrale trasporti. La domanda è corredata da eventuali esigenze in mezzi ausiliari (necessità di avere a disposizione una sedia a rotelle, delle stampelle, ecc.) e da procedure specifiche (consegnare un utente affetto da demenza a quel determinato familiare, ecc.)
- AMA e SAM mettono in comune le loro risorse in personale per la creazione di una centrale trasporti. Quest'ultima effettua un "triage", distribuendo le domanda di trasporto in base al grado di sanitizzazione necessario e indirizzandola a un autista professionista o a un volontario.
- Per questo progetto SAM ha riqualificato le vecchie ambulanze che non soddisfano più i requisiti dell'urgenza. Inoltre, il fatto di disporre di personale che non è sempre impiegato per le urgenze, permette a SAM di mettere a disposizione le risorse in personale per questo servizio.
- La fatturazione si basa sulle tariffe editate dall'Istituto delle Assicurazioni Sociali e, dunque, pienamente rimborsabili dall'Ufficio delle Prestazioni Complementari AVS/AI.

Due cifre in breve in riferimento al progetto: 716 trasporti sono stati effettuati dall'inizio del progetto in settembre (fino alla fine 2014); il 71.7 % sono stati commissionati da ACD mentre il 20.6 % rilevano da utenti non in relazione con ACD. Dei 514 interventi commissionati da ACD, per il 32.5 % la ragione dell'intervento era legata alla visita medica, il 39.7 % era in relazione a trasporti "da e per" i servizi di dialisi, il 12.0 % era per trasporti al centro diurno ed il 10.9 % era in relazione ad attività di ergo/fisio. **La dimensione sanitaria è dunque stata preminente nell'attivazione del trasporto. Questa costatazione è fondamentale e confuta le legittime preoccupazioni politiche nei confronti del progetto stesso. Si era infatti ipotizzato che questa centrale trasporti potesse promuovere trasporti di tipo sociale o assistenziale inducendo la segnalazione di nuovi bisogni.**

Il 2014 ha visto anche l'apertura di un altro importante capitolo nel lavoro di rete. Troppo spesso il concetto di rete o il lavoro di équipe si fonda sulle buone intenzioni e sulle capacità di singoli individui. Il rischio è che con i primi problemi interpersonali interni o esterni al Servizio, quello che si era costruito finisce. **Grazie al supporto di esperti in risorse umane, la Direzione ha messo in cantiere un percorso di sviluppo personale destinato al gruppo dei consulenti RAI-HC** (infermieri assegnati alle équipe d'intervento in possesso di una formazione specifica per effettuare le valutazioni multi-dimensionali tramite il sistema RAI-HC). Il percorso permette di acquisire l'utilizzo di strumenti gestionali e di consolidare competenze specifiche nell'ottica di rendere i consulenti RAI-HC capaci di gestire una comunicazione interpersonale efficace (anche in contesti di conflittualità), favorire il lavoro

di team con feed-back positivi e adeguati, proporre un percorso individuale per affrontare il cambiamento e lo stress, nonché di proporre strumenti per l'organizzazione individuale del lavoro. **Queste basi dovranno permettere ai nostri consulenti RAI-HC di animare le sedute cliniche di équipe alla presenza di personale interno ed esterno e di profilare ACD come promotore e coordinatore della rete infermieristica territoriale.** Il lavoro di rete richiede investimenti mirati per poter davvero produrre risultati soddisfacenti e la nostra associazione ha scelto questa strada.

Oltre alla condivisione di protocolli di lavoro tra Enti attivi sul territorio e direttive chiare per poter collaborare, come è il caso del progetto trasporti AMA/SAM/ACD, **il lavoro di rete e di équipe, a nostro avviso, deve includere sempre più persone che abbiamo gli strumenti e le capacità per lavorare insieme, competenze nel definire le priorità e che siano orientate all'obiettivo.** L'attuale lavoro di rete manca ancora di persone con questo profilo. Non è un caso che la Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) abbia messo in cantiere la formazione dell'infermiere di famiglia, con un indirizzo formativo orientato al lavoro di rete.

Sempre nell'ambito delle iniziative che l'Associazione ha elaborato per lavorare con i differenti partner della rete, **è stata aperta ai medici curanti la possibilità di accedere alla piattaforma informatica ACD contenente le informazioni cliniche degli utenti.** Per ora è scarso l'interesse dimostrato dalla dozzina di medici contattati per questo progetto. Nel corso del 2015, la Direzione si è riproposta di rilanciare e sollecitare l'adesione al progetto e l'utilizzo degli strumenti informativi.

Sono avanzate le trattative con l'Ospedale Beata Vergine per insediare la nostra sede nella futura nuova ala OBV. Nel corso della seconda metà dell'anno 2014, l'Ente Cantonale Ospedaliero (EOC) ci ha inviato una prima bozza di pre-contratto che prevede 540 metri quadrati netti a noi dedicati. Il Comitato dell'Associazione sta attentamente valutando sia dal punto di vista legale che architettonico la proposta contrattuale fatta dall'EOC. Dal punto di vista finanziario, l'ipotesi messa sul tavolo prevede un investimento di due milioni di franchi, che fanno parte delle riserve di ACD. L'investimento avrebbe in contropartita un affitto ridotto sull'arco di trent'anni. Considerato che i costi dell'infrastruttura della nostra sede sono finanziati attraverso il contratto di prestazione sottoscritto con il Dipartimento della Sanità e della Socialità (DSS) a costo pieno e reale; la possibilità di ridurre il costo dell'affitto con questo investimento di due milioni di franchi ridurrà dunque l'onere per i Comuni, sull'arco di trent'anni. Alcuni aspetti sono ancora da definire, in particolar modo la questione relativa ai parcheggi ed alla messa in comune di spazi e risorse (sale conferenze, ecc.).

Le trattative non vertono però unicamente sulla costruzione della nuova sede amministrativa di ACD, bensì considerano il futuro lavoro della rete sanitaria. **In effetti, l'accordo con l'Ospedale Beata Vergine prevedrà la messa in comune del personale per delle attività di degenza post-acuta, sub-acuta e riabilitativa.** I due Enti sono fermamente convinti che la condivisione delle rispettive competenze sia fondamentale per garantire il delicato passaggio del rientro dall'istituzione di cure acute al domicilio dell'utente.

Le sedute mensili di geriatria stanno avendo un successo importante per il nostro personale. Con la supervisione del Dr. Bolliger, geriatra dell'Ospedale Beata Vergine, e di un nostro infermiere con specializzazione geriatrica, il sig. Rini, mensilmente il Servizio invita il medico curante e gli attori della rete sanitaria (fisioterapisti, ergoterapisti, ecc.) coinvolti nella situazione scelta per discutere di specifiche problematiche geriatriche (l'aggressività di un utente, la corretta alimentazione o idratazione in un paziente oppositivo, ecc.). La Direzione Sanitaria sta elaborando delle proposte che

vanno nella direzione di replicare questa modalità anche in altri ambiti come ad esempio la medicina interna o la psichiatria. Sempre in ambito formativo segnaliamo i quattro pomeriggi formativi con il Dr. Roberto Malacrida e l'infermiera di cure intense Valentina Di Bernardo, momenti dedicati agli Operatori Socio Sanitari ed alle Aiuto Familiari, su argomenti di farmacologia. Sono stati affrontati i temi della classificazione/tipologia di farmaci in essere, dell'interazione tra farmaci e dei potenziali rischi.

Infine, un'ergoterapista si è manifestata estremamente interessata all'attività del Servizio e ha chiesto di essere coinvolta nella presa a carico e nella consulenza in situazioni difficili. Questo avviene soprattutto quanto l'utente richiede dei mezzi ausiliari, considerato che l'uso di mezzi ausiliari è spesso sollecitato dal personale a garanzia della propria salute e, a volte, non ritenuto indispensabile dai famigliari o dall'utente. **Un accordo specifico è stato sottoscritto con l'ergoterapista in caso di consulenze in situazioni di sostegno al personale o in altri casi specifici.**

Sempre nel contesto del lavoro di rete, un'importante decisione del DSS ha riguardato la professione comunemente definita **"badante"**. Nel settembre 2014, il DSS ha editato una comunicazione con quale ha istituito sei "antenne badanti" nei sei SACD, con il compito di:

- Fornire informazioni, consulenza iniziale e supervisione della situazione
- Informare il personale interno del SACD per attivare/adequare l'intervento (valutazione del bisogno iniziale, istruzione della "badante", ecc.)
- Fornire consulenza e mediare eventuali incomprensioni in merito al ruolo delle figure che ruotano attorno all'utente (badante, professionisti, familiari, ecc.)
- Fornire indicazioni a familiari e "badanti" migliorare la presa in carico (ad esempio, proposte formative)

Il tutto con l'obiettivo di contribuire alla qualità del mantenimento a domicilio della persona assistita da una "badante". **Le prestazioni elencate sono offerte anche agli utenti/famiglie che non usufruiscono delle prestazioni di cura e assistenza dei SACD ma ad esempio di spitex commerciali privati oppure a utenti/famiglie che non usufruiscono di prestazioni di assistenza o cura a domicilio.** Nel corso del 2014, l'Associazione non ha formalmente nominato un/a responsabile ma ha effettuato i lavori preparatori per introdurre la figura (creazione dei formulari di segnalazione, definizione dei compiti tra equipe d'intervento e "antenna badanti", ecc.) ed ha avviato una riflessione su quali potessero essere le scelte migliori. **In particolar modo è stata attivata Pro Senectute per verificare la disponibilità e la possibilità di mettere in comune un'assistente sociale che potesse ricoprire questo compito** che, come definito dal mandato, deve assumersi sia il lavoro con l'utenza e i familiari per una prima analisi dei bisogni e anche il compito di mediare nel potenziale conflitto tra datore di lavoro utente/famiglia e badante. Quest'ultimo aspetto dovrà essere ben monitorato dalla Direzione del Servizio poiché esula dal classico mandato del SACD con l'estensione allo stesso SACD dei compiti di sorveglianza del lavoro.

Possiamo già comunque annunciare che nel 2015 è stata nominata l'assistente sociale di Pro Senectute, la sig.ra Simona Rusconi, che ricopre il ruolo di "antenna badanti" e di assistente sociale del Servizio. Come è stato il caso per il servizio trasporti, Pro Senectute e ACD si sono convenzionate per strutturare al meglio la collaborazione ed i rispettivi compiti operativi. È auspicabile allargare queste esperienze ad altri Enti di Appoggio (ATTE per la gestione del Telealarm, Hospice, Triangolo, ecc.).

Infine, sempre nel contesto del lavoro di rete specifico alle cure palliative, segnaliamo che l'attività ha subito una diminuzione. **L'arrivo dell'oncologia privata ha creato un *réseau* orientato agli *spitex* commerciali privati ed al settore delle cliniche private.** Nel corso del 2014 sono stati presi dei contatti sia con il Centro Oncologico di Mendrisio per rilanciare questa collaborazione, senza avere, per ora, un grosso riscontro. Nel contempo, l'Associazione ha incontrato l'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI) per una verifica delle attività congiunte e per una riflessione sul miglioramento continuo delle prestazioni. Questo argomento apre un delicato aspetto politico dei rapporti tra pubblico e privato che prima o poi dovrà essere affrontato anche nel settore delle cure a domicilio. Se per l'area geriatrica complessa e riabilitativa infermieristica il Servizio sta avendo ottimi riscontri, l'area oncologica e palliativa è diventata terreno di forte mercato. In questo ambito, si fa spesso ricorso al pubblico per casi molto complessi dal punto di vista caratteriale o sociale, lasciando la privato il caso relativamente semplice. Una seria riflessione sul futuro di questo settore di attività dovrà essere intrapresa nei prossimi anni alla luce del fatto che il settore oncologico e palliativo necessita di importanti investimenti formativi e di risorse.

Contratto Collettivo di Lavoro - COSACD

Il 2014 è stato caratterizzato dalla disdetta del Contratto Collettivo di Lavoro (CCL) dell'Associazione SCUDO del Luganese. Tale situazione ha sciolto la società semplice (ai sensi giuridici) che dava essenza al CCL rendendolo *de facto* senza validità. SCUDO ha poi scelto la via del regolamento aziendale entrato in vigore il 1 gennaio 2015 mentre le altre cinque Associazioni si sono dette intenzionate a edificare un nuovo CCL. **Per quanto sovrana, la decisione di SCUDO non è esente da ripercussioni settoriali. In effetti, alcuni spitex commerciali privati hanno deciso di congelare eventuali adesioni ad un contratto collettivo oppure di rimettere in discussione il seppur CCL minimale firmato da alcuni di loro.** Il Comitato ribadisce l'importanza di beneficiare di un CCL di categoria. Per poter evitare gli effetti perversi della concorrenza in un settore dove il novanta per cento dei costi sono relativi al personale, **le condizioni del personale ed il controllo dell'applicazione delle Leggi Federali e Cantionali devono essere il più possibile simili tra pubblico e privato.**

Infine, un CCL è l'espressione degli obiettivi e delle visioni aziendali di chi lo elabora. Il fatto che si debbano federare cinque visioni manageriali differenti, rende l'avanzamento dei lavori lento. Alcuni punti fermi ribaditi da ACD sono:

- Malgrado la crisi finanziaria dello Stato, la volontà di mantenere le buone garanzie salariali attuali ma, in contropartita, di esigere prestazioni efficienti da parte del personale
- L'introduzione di riconoscimenti specifici riferiti al raggiungimento di obiettivi nel rispetto per tutti i dipendenti di disporre comunque di un piano di carriera
- In risposta ai citati fenomeni di "sanitarizzazione" e di medicalizzazione del Servizio, introdurre una pianificazione simile a quella ospedaliera

Su quest'ultimo punto è stato sollecitato il Consigliere di Stato Beltraminelli nel farsi promotore al livello della Conferenza dei Direttori Sanitari e della SECO affinché vengano modificate le ordinanze federali relative agli orari di lavoro ed al lavoro domenicale. **Attualmente, a livello federale, le cure a domicilio non possono beneficiare degli stessi articoli di legge di ospedali e case per anziani, malgrado la casistica e l'utenza lo richiedano.** Ad esempio, sono autorizzate unicamente due domeniche di lavoro al mese calcolando che praticamente tutte le festività sono considerate come lavoro dome-

nicale; nel periodo tra Natale e Capodanno, i capi-équipe sono in seria difficoltà nella programmazione poiché la disponibilità in personale è limitata dai recuperi obbligatori.

Il timing proposto dai Presidenti delle cinque Associazioni che si sono dichiarate pronte a elaborare un nuovo CCL è di edificarlo entro la metà dell'anno 2015.

Attività 2014

Rispetto all'anno 2013, l'attività 2014 (cfr. tabella seguente) è stata caratterizzata da **un ulteriore aumento delle prestazioni sanitarie LAMal, in particolar modo per le prestazioni relative alle tecniche infermieristiche "esami e cure" e per le prestazioni di educazione terapeutica e di consulenza infermieristica "consigli e istruzioni"**. Di conseguenza, l'attività delle infermiere ha subito un ulteriore incremento. Ricordiamo che le prestazioni infermieristiche semplici possono essere erogate anche da Operatori Socio Sanitari ma, sulla scorta delle indicazioni fornite dalla Direzione Sanitaria, per ragioni di sicurezza, la Direzione ha privilegiato l'assunzione di infermiere.

Un fenomeno inverso si assiste nel campo delle economie domestiche con un'importante diminuzione delle ore; nel corso del 2014, i capi-équipe hanno valutato ogni situazione, individuando così alcune prestazioni che non necessitavano necessariamente di un intervento sussidiato e potevano essere delegate ad Enti terzi come, ad esempio, Opera Prima. Più volte il Comitato dell'Associazione ha fatto presente al DSS dell'importanza di creare un gruppo di lavoro per delimitare e protocollare la valutazione del bisogno in termini di economia domestica.

Cat. Professionale	Prestazione	Ore 2014	Ore 2013	+/- %	Preventivo 2014
Infermieri	Consigli/Istruzioni	4'161	3'568	+ 16.6 %	3'900
	Esami e Cure	19'626	16'542	+ 18.6 %	16'860
	Cure di Base	3'179	2'560	+ 24.1 %	2'520
	Economia Domestica	0	0	----	0
	Totale	26'967	22'670	+ 19.0 %	23'280
Op. Socio Sanitari Aiuto Familiari	Consigli/Istruzioni	----	----	----	----
	Esami e Cure	14'180	14'341	- 1.1 %	15'700
	Cure di Base	26'635	27'669	- 3.7 %	27'060
	Economia Domestica	468	414	+ 13.0 %	360
	Totale	41'283	42'424	- 2.7 %	43'120
Assistenti di cura	Consigli/Istruzioni	----	----	----	----
	Esami e Cure	----	----	----	----
	Cure di Base	15'756	13'262	+ 18.8 %	16'800
	Economia Domestica	46	75	+ 38.6 %	180
	Totale	15'802	13'337	+ 18.5 %	16'980
Ausiliarie di Economia Domestica	Consigli/Istruzioni	----	----	----	----
	Esami e Cure	----	----	----	----
	Cure di Base	----	----	----	----
	Economia Domestica	32'398	37'489	- 13.6 %	38'400
	Totale	32'398	37'489	- 13.6 %	38'400
Totale ore d'intervento		116'450	115'920	+ 0.5 %	121'780
<i>Totale Consigli/Istruzioni</i>		<i>4'161</i>	<i>3'568</i>	<i>+ 16.6 %</i>	<i>3'900</i>
<i>Totale Esami e Cure</i>		<i>33'807</i>	<i>30'883</i>	<i>+ 9.5 %</i>	<i>32'560</i>
<i>Totale Cure di Base</i>		<i>45'570</i>	<i>43'491</i>	<i>+ 4.8 %</i>	<i>46'380</i>
<i>Totale LAMAL</i>		<i>83'538</i>	<i>77'942</i>	<i>+ 7.2 %</i>	<i>82'840</i>
<i>Totale Economia Domestica/Totale fatturato Utenti</i>		<i>32'912</i>	<i>37'978</i>	<i>- 13.3 %</i>	<i>38'940</i>

Come già segnalato nei precedenti rapporti del Comitato, l'attività orientata alle cure di base è sempre più garantita dagli assistenti di cura, in assenza di aiuto familiari sul mercato del lavoro.

Nel confronto con altri SACD (cfr. tabella seguente) emerge che **il nostro Servizio ha raggiunto un importante volume di attività infermieristica e medicalizzata**. Questa situazione è fondamentale per comprendere molti dei punti sollevati in questo rapporto come, ad esempio, la necessità di maggiormente collaborare con l'Ospedale Beata Vergine e con i medici del territorio per coordinare le dimissioni oppure la questione relativa al Contratto Collettivo di Lavoro, con l'espressa domanda d'introdurre degli elementi simili al CCL di ospedali e cliniche.

Prestazione	ACD Mendrisiotto	SCUDO Luganese	Maggio Vedeg/Malcant	ABAD Bellinzonese	ALVAD Locarnese	TRE Valli
Ore prestazioni infermieristiche	34'451	35'774	15'225	15'563	17'359	15'543
Ore Cure di base	43'491	69'100	28'997	44'590	38'951	31'927
Ore Economia domestica	37'978	92'243	17'116	24'584	37'131	8'787
Ore Inf. Consulenti Pediatriche	1'424	3'816	1'753	1'099	2'893	830
Ore totali	117'344	200'933	63'091	85'836	96'337	57'087

Sorgente: Annuario statistico 2015 – Dati 2013

Per quanto attiene al finanziamento pubblico ricevuto, **il Comitato dell'Associazione annuncia anche per quest'anno un contenimento: dai 4'555'828.43 franchi del 2013 a franchi 4'428'371.00 franchi del 2014**. Se, da un lato, il Comitato si rallegra per questo risultato, dall'altro sottolinea una certa preoccupazione. **La più volte citata medicalizzazione del servizio offerto alla popolazione, anche indotto dalla scarsità di letti post/sub acuti nel comprensorio del Mendrisiotto, impone un costo di gestione significativo. Attualmente questo costo è stato assorbito riducendo l'utile e con un aumento generale dell'efficienza del Servizio. Il Comitato dell'Associazione invita il DSS a riflettere sulle varie situazioni comprensoriali e sulle modalità di calcolo del contratto di prestazione.** In particolar modo, verificando se è lecito immaginare che Servizi con attività soprattutto socio-assistenziale debbano essere finanziati come Servizi che, invece, hanno attività preponderanti nell'area sanitaria.

Infermiere Consulenti Materno Pediatriche (ICMP)

Questo settore di attività include tre collaboratrici con percentuale di lavoro al cinquanta per cento ed una collaboratrice ad ore. Anche negli altri SACD questo contingente è ridotto rispetto all'effettivo generale. **Studi effettuati dalla SUPSI e dal gruppo di lavoro creato dal DSS hanno evidenziato l'esigenza di centralizzare la ventina di effettivi del Cantone in un'unica équipe cantonale affinché questo gruppo trovi una propria identità professionale e possa affrontare gli attuali bisogni sanitari e pedagogici delle famiglie.** La prima bozza di progetto presentata dal DSS prevedeva però dei livelli di spesa importanti ed una macchinosa articolazione organizzativa nella quale non erano chiare le responsabilità da suddividere tra il futuro Ente gestore delle ICMP e gli attuali datori di lavoro. I Comitati hanno invitato lo stesso DSS a rivedere il *business plan* e l'organizzazione generale/istituzionale del progetto.

Al momento attuale però il progetto è fermo. Alcuni SACD e lo stesso DSS hanno voluto coinvolgere i pediatri nella definizione del *cahier de charge* delle ICMP. Secondariamente, è al vaglio l'ipotesi di ri-

caricare parte dei costi agli assicuratori malattia, tramite il mandato conferito alle ICMP dai medici. Attualmente il costo di questo servizio è completamente caricato sugli Enti pubblici. Il Comitato ha fatto proprie però le indicazioni sollevate dalla Direzione del Servizio per la quale il futuro ruolo delle infermiere non dev'essere esclusivamndnete definito dai pediatri ma debba fondarsi su una valorizzazione specifica della conoscenza infermieristica.

Futuri sviluppi di questo settore di attività sono attesi per il 2015.

In considerazione di quanto esposto, il Comitato invita l'Assemblea ad accettare il rapporto del Comitato ed i conti consuntivi 2014 che prevedono un totale di costo di 11'210'152.38 franchi, un totale dei ricavi 11'284'848.75 franchi, un sussidiamento pubblico di 4'428'371.00 franchi e con un eccedenza di Servizio di 74'696.37 franchi.

Con ossequio,
Il Comitato dell'Associazione