

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

CONSUNTIVO 2015



ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO
MENDRISIOTTO E BASSO CERESIO

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



INDICE:

A]	Rapporto del Comitato	Pag.	1
B]	Dichiarazione conti annuali 2015 – Art. 959c CO	Pag.	11
	<i>Conti Consuntivi 2015 – Riassunto Costi/Ricavi</i>		
	<i>Conti Consuntivi 2015 – Riassunto Attivi /Passivi</i>		
C]	Conto Economici e Patrimoniali 2015 completi	Pag.	16
	<i>Dettaglio Conti Consuntivi 2015 – Costi/Ricavi</i>		
	<i>Dettaglio Conti Consuntivi 2015 – Commento Contabile</i>		
	<i>Dettaglio Conti Consuntivi 2015 – Attivo/Passivo</i>		
	<i>Dettaglio Conti Consuntivi 2015 – Commento Contabile</i>		
D]	Status delle Riserve ACD	Pag.	48
E]	Attestati dei Revisori dei conti (Interfida /Revisori Assemblea)	Pag.	50

RAPPORTO DEL COMITATO

Il 2015 è stato ricco di attività e di sfide professionali alle quali il Comitato e la Direzione hanno cercato di dare risposta attraverso progetti ed investimenti. Di seguito, riassunti per capitoli, alcuni importanti elementi di sviluppo e di riflessione.

La figura dei consulenti RAI-HC

L'Associazione risponde a differenti tipologie di casistiche: utenti anziani con problematiche cognitive e fisiche, adolescenti con delle disabilità, pazienti oncologici o in un percorso di cure palliative, utenti con delle turbe psichiatriche. Questa varietà nella risposta ai bisogni comporta la necessità d'investire molto nella formazione del personale ma, anche, nelle capacità del nostro personale di gestire situazioni complesse e nel coordinare gli Enti attivi per queste specifiche situazione. A questo proposito, all'inizio del 2015 si è proceduto alla creazione di una nuova figura all'interno delle équipes multidisciplinari, gli infermieri consulenti RAI-HC (detti anche *case manager*).

Questi ultimi hanno molteplici compiti. Oltre che a conoscere bene la rete socio-sanitaria, sono chiamati a preparare e animare le sedute dell'équipe multidisciplinare. Di conseguenza, per poterlo fare, devono costantemente essere all'ascolto delle altre figure professionali e conoscere le problematiche degli utenti per avere un quadro clinico il più completo della situazione. Questo compito è reso difficile dalle condizioni endogene al lavoro di operatore domiciliare. Gli interventi presso l'utente sono effettuati in modo individuale (e non in gruppo) e sono effettuati da più categorie professionali; le informazioni orali inerenti le condizioni di salute dell'utente non sono dunque condivise in tempo reale al domicilio ma devono rimontare dai singoli operatori della cura verso il consulente RAI-HC di zona attraverso la cartella clinica. Quest'ultimo è dunque chiamato a motivare i colleghi di zona a contribuire a questo flusso costante d'informazione ed a rendere le comunicazioni le più fluide possibili in termini di linguaggio, di ricchezza delle informazioni e di sintesi. Si tratta di un lavoro di équipe che si differenzia molto dalla classica definizione; nella visione tradizionale la squadra "gioca" fisicamente insieme "gomito a gomito" mentre in questo caso la squadra "gioca" individualmente ed è collegata dalle regole di servizio, dalle procedure interne, da forti motivazioni nel non far mancare niente al collega e da adeguati strumenti di lavoro.

I consulenti RAI-HC devono essere dunque pronti dal punto di vista clinico ma, nel contempo, devono beneficiare di competenze nel campo del *management*, disporre di solide competenze organizzative individuali nella gestione di progetto, nella capacità di *leadership* di un gruppo, nonché una buona abilità nella risposta ai problemi del quotidiano (comunemente detto metodologia di *problem solving*).

La scelta nel 2011 di cambiare sistema informatico acquistando una cartella clinica sviluppata con la tecnologia Internet e che offre la possibilità di comunicare in tempo reale tra tutti i componenti del Servizio, si è rivelata in linea con questo obiettivo di circolazione costante e immediata delle informazioni all'interno delle équipes curanti e con i medici curanti. Il Comitato dell'Associazione è però profondamente rammaricato dal fatto che, venuto a conoscenza dell'intenzione di altre Associazioni di cambiare il suo sistema informatico, nessuno si sia mai interessato a questa soluzione.

Il coordinamento della rete socio-sanitaria territoriale sarà dunque un tema estremamente importante nel futuro. Attraverso gli importanti investimenti sia negli strumenti di lavoro offerti al personale che nel capitale umano in termini di figure professionali e di formazione, l'Associazione desidera in modo

chiaro e netto essere pronta a questa sfida. Molti sono i tentativi di collaborazione che si stanno creando, di cui vogliamo segnalare la creazione dell'assistente sociale interna ad ACD.

La creazione della figura dell'assistente interna ad ACD

Nel 2015 è stato formalizzato e sottoscritto l'accordo di collaborazione con la Fondazione Pro Senectute Ticino e Moesano per l'introduzione nel nostro organico della figura dell'assistente sociale. L'accordo tra i due Enti prende spunto dal mandato del Dipartimento Sanità Socialità di istituire presso i Servizi di Assistenza e Cura a Domicilio d'interesse pubblico (SACD Dip) delle "antenne badanti". I restanti cinque SACD Dip hanno optato per attribuire questo mandato al personale socio-sanitario (infermieri, operatori socio-sanitari o aiuto familiari) mentre la nostra Associazione ha deciso di collaborare con Pro Senectute attraverso la figura professionale dell'assistente sociale. Perché? Dal 2010 al 2011, la nostra Associazione è stata un ente di collocamento autorizzata dalla Segreteria di Stato all'Economia (SECO) per il collocamento di collaboratrici famigliari (definizione professionale di "badante"). ACD disponeva di un portafoglio di possibili lavoratrici e le metteva in contatto con le famiglie o gli utenti che desideravano beneficiare del supporto di queste persone; i datori di lavoro rimanevano i famigliari o l'utente. Durante questo periodo la nostra Associazione aveva evidenziato che la grande problematica proprietaria relativa al progetto non era l'inquadramento professionale o sanitario della "badante", bensì la possibilità per l'utente e le famiglie di finanziarsi, attraverso delle richieste di sussidi, le prestazioni di questa persona. Altre proprietà risultavano essere, la gestione dell'eventuale conflittualità tra datore di lavoro e collaboratrice famigliare e, infine, l'onere burocratico nel diventare datori di lavoro. Erano gli aspetti amministrativi e di supporto burocratico ad essere dunque prioritari. Di fronte a questi elementi e considerata la grande disponibilità di Pro Senectute nel mettere in comune le proprie risorse e competenze, l'Associazione ha preferito attribuire l'incarico dell'antenna badanti alla figura professionale dell'assistente sociale, più affine nel muoversi nella rete degli aiuti sociali e degli aiuti diretti elargiti dallo Stato. Secondariamente, la delicata gestione di eventuali conflitti tra datore di lavoro e "badante" necessita, secondo noi, di diploma di livello terziario poiché abbraccia anche questioni di livello giuridico e molto delicate.

In tema collaboratrici famigliari, l'Associazione, sotto la direzione del Dipartimento dell'educazione (DECS) ha attivamente partecipato, fornendo le proprie competenze nella presa a carico geriatrica, all'elaborazione di uno specifico percorso formativo per questa categoria di persone.

Inoltre, nel corso di questi ultimi anni, è maturata all'interno degli organi direttivi di ACD la volontà di proporre all'utenza non solo l'assistenza diretta o le cure a domicilio ma di offrire il concetto più allargato di mantenimento a domicilio. Per poter sviluppare questo indirizzo (iscritto tra l'altro nella Legge cantonale sull'Assistenza e la Cura a Domicilio) è di estrema importanza consolidare le sinergie tra il mondo socio-assistenziale e quello sanitario. Quest'ultimo può procedere con delle accurate valutazioni sulla salute di un utente o sulla situazione abitativa o sul rischio di isolamento sociale ma senza l'aiuto sociale ed il supporto degli assistenti sociali per ottenere dei sussidi o nel sistematizzare il pagamento delle fatture, il lavoro del nostro personale rischia di essere perso e di procedere con un'istituzionalizzazione impropria del paziente perché mancano i soldi per comprare degli ausili o perché l'utente non ha i mezzi finanziari per pagare l'affitto. E' fondamentale dunque che queste due macro categorie professionali si parlino e condividano degli obiettivi congiunti.

Nel 2015 si è dunque proceduto a definire i flussi d'informazione interni: chi e come vengono segnalate le situazioni dal personale di cura all'assistente sociale, come informare il capo-équipe per organizzare delle visite congiunte tra l'assistente sociale e il nostro personale per spiegare l'opportunità di disporre

di un eventuale sussidio, come strutturare l'accesso dell'assistente sociale alla cartella sanitaria e come strutturare i feed-back reciproci, ecc.

Ancora troppo spesso all'interno dell'opinione pubblica ed all'interno di alcuni ambienti professionali della stessa cura, si sottostima la complessità dell'attività territoriale. Quest'ultima è fatta sia di prestazioni al domicilio o al letto del paziente (come in istituzione) ma è costituita anche di prestazioni logistiche, di coordinamento, di prevenzione e di assistenza a supporto della cura. Le valutazioni dei bisogni dell'utenza seguite sul territorio sono da inserire in un quadro sistemico e molto ampio poiché devono considerare in modo accurato quanto un utente è ancora autonomo a casa sua, il contributo della famiglia nel sostenere il proprio caro, il coordinamento tra il medico ed il personale di ACD, la presenza dei medicinali o dei mezzi ausiliari al domicilio, la capacità per il paziente di finanziarsi la propria cura al domicilio, ecc. Per ottenere questo risultato è fondamentale lo sviluppo di forti e formali sinergie tra gli attori attivi all'interno del territorio del Mendrisiotto e Basso Ceresio come è stato il progetto dell'assistente sociale con Pro Senectute, la creazione della centrale trasporti condivisa con l'Associazione Mendrisiotto Anziani (AMA) ed il Servizio Autoambulanza comprensoriale (SAM) e la recente creazione della Centrale Operativa del Volontariato (COV) costituita in collaborazione con Croce Rossa Sezione Sottoceneri e Pro Senectute. La creazione di questi contratti e convenzioni sono un indirizzo gestionale proprio al nuovo Comitato. E' altresì vero che si tratta di collaborazioni in ambito sociale dove esiste meno concorrenza di mercato che rende gli stimoli agli investimenti congiunti svincolati dagli interessi delle parti. In ambito sanitario, l'evoluzione di queste sinergie sembra essere più difficile anche se, negli ultimi anni, un importante partner si è dimostrato interessato a far evolvere la collaborazione reciproca in un'ottica di valorizzazione della rete: l'Ospedale Beata Vergine.

La futura "nuova ala OBV" quale sede di ACD

Come più volte sottolineato nelle comunicazioni del Comitato all'Assemblea, l'attuale sede in Via Mola 20 in Mendrisio è diventata troppo piccola per gli attuali 180 collaboratori del Servizio. Una delle alternative valutate dal Comitato è stata lo spostamento presso la futura "nuova ala OBV". Nel corso del 2015, i due Enti hanno approfondito questa possibilità analizzando in profondità i vari aspetti della tematica (sviluppo di sinergie cliniche, sostenibilità degli aspetti economico-finanziari, garanzie per ACD della fruibilità logistica dell'eventuale nuova sede), arrivando alla conclusione che per l'Associazione questo avvicinamento comporta un'opportunità interessante. Questo soprattutto dopo aver risolto la problematica del costo dell'opera ed aver trovato un compromesso con l'Ente Cantonale Ospedaliero (EOC). In effetti, nella "nuova ala OBV" saranno compresi i futuri letti post-acuti votati dal Gran Consiglio nella nuova pianificazione ospedaliera; di conseguenza, l'architettura alla base dell'opera è di tipo ospedaliero, con corridoi ampi e plafoni molto alti. L'Associazione necessita invece di spazi amministrativi che generalmente non prevedono spazi non sfruttati. L'accordo con l'EOC definisce che nel contratto di locazione il fattore di calcolo tra le superfici nette e quelle lorde siano in linea con dei normali spazi amministrativi. L'accordo prevede inoltre che l'Associazione inietterà due milioni di liquidità delle attuali riserve del Servizio quali fondo d'investimento per l'opera "nuova ala OBV"; in contropartita, l'Associazione beneficerà di un affitto notevolmente ridotto.

Nel corso di questi ultimi mesi, il progetto ha avuto il consenso del Dipartimento Sanità e Socialità che ha dato un preavviso favorevole all'utilizzo dei fondi propri dell'Associazione per questo progetto.

Con la Direzione OBV si stanno inoltre valutando delle sinergie nella collaborazione a livello clinico. L'attribuzione all'EOC del mandato di gestire dei letti post-acuti non cambia di gran ché la situazione attuale.

Permetterà all'ospedale di beneficiare di più tempo per preparare la dimissione ma, come citato in precedenza, la presa a carico domiciliare rileva di una cultura professionale molto diversa da quella acuta e istituzionale. La situazione della casa, l'accettazione dei supporti da parte del paziente, le dinamiche familiari e l'apporto degli stessi nella cura, il potenziale riabilitativo dell'utente fragile e molti altri aspetti sono difficilmente analizzabili nel contesto nosocomiale. In modo progressivo, in questi ultimi anni l'Associazione ha notato una consapevolezza da parte di OBV nel considerare la complessità sia del lavoro sul territorio che della fase di dimissione del paziente. Si è detto dunque pronto a condividere procedure, risorse in personale e *know-how* reciproci.

Verso la fine dell'anno molto è stato detto e scritto in merito alla pianificazione ospedaliera ed alla necessità di letti post-acuti sul territorio del Mendrisiotto e Basso Ceresio. A tale proposito il Comitato e la Direzione dell'Associazione desiderano esprimere ringraziamenti per i Municipi di Chiasso e Mendrisio che appoggiando l'iniziativa della creazioni di nuovi letti hanno riconosciuto e testimoniato l'impegno di chi attualmente sta offrendo un grosso sforzo per sopperire a questa mancanza. Nel contempo, anche se in tutt'altro genere di situazione, l'Associazione desidera ringraziare il Comune di Breggia per l'aiuto per facilitare il transito dei nostri operatori e le informazioni sui lavori presso Scudellate e Roncapiano; comunicazioni estremamente importanti per garantire i nostri interventi.

Importante investimenti formativi di ACD

Per alimentare le competenze di ACD, sotto la spinta costante del Comitato, la Direzione ha elaborato più progetti formativi.

Con la Scuola Professionale Universitaria della Svizzera Italiana è stato creato un percorso formativo *ad hoc* in ambito geriatrico per il gruppo professionale degli assistenti di cura e delle aiuto familiari. Perché? Questa formazione è stata fortemente voluta dalla Direzione Sanitaria affinché il servizio si prepari ad applicare la strategia federale e quella cantonale per le demenze; i percorsi formativi in ambito geriatrico non possono limitarsi alla pura trasmissione di nozioni (patologie più comuni, possibili protocolli di valutazione, ecc.) ma devono integrare e necessitano l'acquisizione di metodologie di lavoro sistemiche, ovvero la messa in relazione simultanea: dei motivi di determinati comportamenti del paziente, l'integrazione della capacità comunicativa verbale e non verbale dell'operatore, i vissuti dell'utente e dell'operatore, ecc. Per questa ragione il percorso formativo durerà un anno ed è stato concepito dalla SUPSI integrando come relatori infermieri (la sig.re Carla Sargenti e Cesarina Prandi) e la psicologa (la sig.ra Rita Pezzati). Seconda ragione per cui si è proceduto con questo investimento riguarda il fatto che la categoria professionale degli assistenti di cura è di recente ingaggio nell'organico di ACD. Inoltre, il mondo delle professioni socio-sanitarie continua a sfornare nuovi curriculum formativi; questa formazione dovrebbe permettere di allineare le conoscenze interne all'interno di queste eterogeneità professionale.

Nel 2015 sono continuati i percorsi formativi interni delle ausiliarie di economia domestica. Come già evidenziato negli anni scorsi, le ausiliarie di economia domestica dispongono spesso di una formazione scolastica di base e non di una formazione professionale specifica. Malgrado ciò sono un tassello importante della presa a carico e sono chiamate ad intervenire in situazioni anche complesse. Di fronte a questa situazione, il Servizio ha previsto per loro lo specifico supporto della psicoterapeuta Rita Pezzati; la sig.ra Pezzati spiega loro i motivi di determinati comportamenti e insegna come chiedere supporto all'équipe o comunicare con il paziente e colleghi. Infine, con grande caparbietà, le ausiliarie di economia domestica hanno ottenuto la patente (parte teorica) di guida professionale. Per tante di loro è stato un modo di mettersi alla prova dopo e di rimettersi a studiare.

L'Ufficio cantonale della Circolazione ha obbligato i Servizi che trasportano utenti a titolo professionale a dotarsi di questa specifica patente. Ricordiamo che spesso le nostre ausiliarie di economia domestica trasportano utenti per effettuare la spesa.

Sempre nel 2015 sono continuati i colloqui di geriatria con il Dr. Bolliger. Le équipes d'intervento identificano delle tematiche geriatriche da approfondire legate ad una situazione di cura particolarmente complessa. Discutono di come vogliono presentare il caso e preparano la seduta. Trasmettono la sintesi delle loro riflessioni all'esperto clinico di geriatria di ACD che a sua volta sia sottopone al Dr. Bolliger il materiale affinché quest'ultimo possa presentare la parte teorica medica, sia invita il medico curante e gli attori alla rete al colloquio di geriatria. Nel corso del 2015 sono stati presi dei contatti con alcuni psichiatri per ripetere la stessa modalità (molto apprezzata dal personale) per lo specifico campo psichiatrico.

Il Dr. Manzocchi, medico del personale di ACD, ha incontrato tutto il personale per un aggiornamento sui germi multi-resistenti.

Con il Dr. Malacrida e l'infermiera di cure intense Di Bernardo della Fondazione Sasso Corbaro, gli Operatori Socio Sanitari e le Aiuto Familiari hanno effettuato un aggiornamento dei principi base della farmacologia e sugli effetti delle varie classi di medicinali. Il principio di sicurezza interno vuole che le categorie che gestiscono e somministrano medicinali, dunque anche gli Operatori Socio Sanitari, debbano essere molto in chiaro sugli effetti indesiderati del farmaco, sulle somministrazione appropriata e sulle eventuali interazioni dannose.

Altro percorso importante effettuato con tutte le équipes territoriali è stato il *team cooking*. In tre serate differenti, le tre équipes territoriali si sono recate presso GastroTicino a Lugano per gestire il ristorante. Divisi in quattro settori di attività (cucina, pasticceria, accoglienza/aperitivi e servizio ai tavoli) e con l'aiuto di esperti che hanno istruito i partecipanti sui compiti da svolgere, i nostri operatori hanno dovuto produrre un menu stellato (difficoltà 8/10) sincronizzando l'attività dei quattro reparti. E' noto che l'attività di un ristorante concentra molto lavoro in un tempo ristretto, con dei forti picchi d'intensità. L'esercizio era chiaramente di tipo esperienziale e voleva promuovere l'intelligenza collettiva del gruppo e la capacità del singolo di far fronte a delle situazioni nuove. Inoltre, in un contesto lavorativo a domicilio come il nostro dove la stragrande maggioranza del tempo gli operatori sono soli sul territorio, l'occasione ha permesso di conoscersi meglio tra componenti dell'équipe (considerato il fatto che tutta l'équipe ha mangiato insieme quello che è stato preparato). Questa esperienza è stata seguita e ripresa con dei filmati e fotografie ed è stata associata a varie iniziative interne come quella, ad esempio, di un concorso fotografico con l'obiettivo d'immortalare l'immagine che rappresenti l'essenza di ACD. Tutto questo materiale è poi stato montato in un filmato emozionale poi proiettato in una serata evento ed una pubblicazione destinati al personale. Nel passato si era già fatto ricorso a queste metodologie formative attraverso, ad esempio, delle uscite in barca con lo skipper per le infermiere; nel futuro si procederà con ulteriori esperienze di questo tipo che sono state reputate interessanti dal personale.

Per quanto attiene alle formazioni prettamente cliniche, sei infermiere sono state iscritte alla post-formazione delle "cure delle ferite" organizzata dalla Scuola Cantonale degli Infermieri. Sempre nell'abito delle medicazioni, tutti gli infermieri hanno seguito la formazione interna sulla gestione delle pompe a pressione negativa. E' prerogativa della Direzione del Servizio sviluppare le competenze del personale in questo ambito. Sempre per quel che concerne la valorizzazione delle competenze infermieristiche, un infermiere ha frequentato la post-formazione in infermiere di famiglia mentre un'altra

ha iniziato la formazione in salute mentale. Infine, in collaborazione con l'Associazione Hospice, sono continuati gli aggiornamenti nelle cure palliative.

I consulenti RAI-HC (cfr. paragrafo iniziale) hanno potuto beneficiare di una formazione nell'ambito della gestione di progetti e di management. Da parte di esperti in risorse umane è stato spiegato loro l'importanza dei feed-back comunicativi, di come motivare i componenti nel raggiungere degli obiettivi e di come organizzare le attività di un gruppo. Quest'ultimo aspetto è anch'esso un elemento spesso negletto da chi non vive in prima persona le nostre attività. La continuità della cura e dell'assistenza effettuata a domicilio rispettando i vincoli della legalità (in particolar modo della Legge Federale sul Lavoro) necessitano di un'importante organizzazione di Servizio e dell'apporto di un solido back-office. Il precetto filosofico che l'autonomia del libero professionista operatore sanitario (spesso rivendicato dalle infermiere indipendenti) sia l'unico garante della qualità delle cure è, a nostro avviso, da relativizzare. Una buona pianificazione degli interventi e un'organizzazione generale ben strutturata sono anch'essi sinonimo di qualità. Il tema del compromesso tra le esigenze del personale e quelle dell'utenza è senz'altro da approfondire anche a livello politico, perché è spesso alla base della fraticida concorrenza tra pubblico e privato nel settore delle cure a domicilio nonché alla tenuta dei contratti collettivi di lavoro. Da una parte abbiamo dei servizi commerciali privati molto orientati a fornire un servizio alla clientela e, dall'altra, un servizio d'interesse pubblico spesso orientato alla valorizzazione delle competenze professionali ed alla continuità della cura.

Sviluppi nell'edificazione di un Contratto Collettivo di Lavoro

La decisione di disdetta dell'Associazione del luganese SCUDO per sottoscrivere un regolamento aziendale ha *de facto* reso nullo il vecchio contratto collettivo di lavoro (CCL). Nei mesi seguenti le cinque Associazioni riconosciute d'interesse pubblico (SACD Dip) rimanenti hanno confermato unilateralmente alle organizzazioni sindacali che, anche in assenza di un CCL valido come attualmente, saranno applicate le condizioni antecedenti la disdetta di SCUDO. Nei seguenti mesi, il lavoro per trovare un consenso tra i cinque SACD Dip rimasti si è rivelato molto difficile poiché le esigenze del territorio e le visioni istituzionali divergono sostanzialmente. L'Associazione ALVAD del locarnese ha scelto di non voler più un contratto collettivo di lavoro ma di negoziare direttamente con il personale un regolamento aziendale. L'Associazione SCUDO del luganese, dopo aver sottoscritto un regolamento aziendale, ha poi scelto di sottoscrivere un CCL unicamente con il sindacato Organizzazione Cristiano Sociale Ticinese (OCST). Infine, per le rimanenti quattro entità, ACD sostiene che l'attuale CCL vada adeguato ai forti sviluppi che l'assistenza e la cura a domicilio ha avuto in questi ultimi anni mentre le altre tre rimanenti Associazioni sono dell'opinione che il vecchio contratto sia più che appropriato. Ricordiamo che gli articoli dell'attuale CCL sono in essere da prima del 2000, ovvero ancora prima del passaggio da consorzio di diritto pubblico ad associazioni di diritto privato.

Come scritto ai collaboratori in una lettera, l'Associazione ritiene importante la sottoscrizione di un Contratto Collettivo di Lavoro (CCL). In contemporanea, ritiene che le condizioni strutturali nelle quali il nostro Ente agisce e gli obiettivi che vuole raggiungere, siano profondamente modificati in questa ultima decade. Nel passato, il Servizio rispondeva principalmente ad un bisogno sociale e socio-assistenziale mentre oggi l'apporto dell'indirizzo clinico e sanitario sono maggiori ed imposti dall'importante contributo in ambito post-acuto che ACD deve soddisfare vista la carenza di letti e le relative casistiche sempre più complesse prese a carico a domicilio. Il CCL deve rispecchiare questa esigenza evolvendosi e migliorandosi; in caso contrario si rischia di mancare gli obiettivi che il territorio ci richiede. Ad esempio, per questa ragione una delle proposte di ACD è stata che alcuni giorni di lavoro infrasettimanali vengano considerati come giorni lavorativi, aggiungendo dei blocchi di vacanza al personale.

Questa modifica permetterebbe al nostro Servizio di dare più continuità alla cura evitando di far intervenire per alcuni giorni in settimana degli operatori, per il giorno infrasettimanale di congedo degli altri, per i rimanenti giorni festivi della settimana degli altri ancora e, infine, far intervenire ancora altri operatori sul fine settimana. Un altro elemento per i quali il Comitato e la Direzione sono pronti a ridiscutere concerne le indennità (picchetti, festivi, serali, ecc.). Per i SACD Dip non sfiorati dalla problematica della "sanitarizzazione" del proprio Servizio, queste richieste non sono chiaramente pertinenti. Solo a titolo d'informazione, ricordiamo che la nostra Associazione attiva in media una trentina abbondante di operatori nei turni festivi mentre per gli altri Servizi questo dispositivo risulta essere molto più ridotto.

La situazione di forte concorrenza settoriale voluta dalla Legge Federale, associata anche alla crisi finanziaria degli Enti pubblici sono anch'essi dati di fatto dai quali non possiamo nasconderci. Ricordiamoci che nel quadro del sussidiamento pubblico, i servizi commerciali privati ricevono un indennizzo molto più basso di quello degli enti riconosciuti d'interesse pubblico poiché hanno dei costi del personale nettamente più bassi. La differenza consiste nelle differenti condizioni fornite ai rispettivi personali (riconoscimento del tempo di trasferta e di riunione, salari medi differenti, ecc.). A nostro avviso è dunque importante che vi sia un allineamento delle condizioni di lavoro nei rispettivi settori per arrivare ad un solo CCL settoriale. Ad esempio, l'attuale CCL del settore privato prevede che ad un dipendente malato o infortunato sia garantito l'ottanta per cento dello stipendio per due anni mentre le regole in vigore per i SACD Dip prevedono lo stipendio al 100 % per il primo anno e lo stipendio dell'80 % per il secondo. Una via di allineamento proposta da ACD prevedrebbe le attuali regole dell'Ente Cantonale Ospedaliero, ovvero lo stipendio garantito per due anni, al 100 % per i primi sei mesi e uno stipendio decrescente fino ad un minimo dell'80 % secondo gli anni di appartenenza al datore di lavoro.

Come più volte annunciato dal Consiglio di Stato, nel 2017/2018 sono previsti importanti manovre di risanamento finanziario con l'obiettivo del pareggio di bilancio dei conti. Ricordiamo che la Legge Federale sull'Assicurazione Malattia (LAMal) permette allo Stato d'applicare un forfait giornaliero per intervento direttamente fatturato all'utente; la stessa Legge obbliga a fatturare l'intervento all'utente gli Enti che hanno un costo analitico della prestazione superiore alla tariffa della cassa malati. E' il caso della nostra Associazione rispetto agli spitex privati commerciali poiché, come citato in precedenza, i SACD Dip sono generalmente più cari. Per evitare questa forte distorsione nella concorrenza (poiché l'utenza tendenzialmente sceglierà di non voler pagare il forfait giornaliero), è imperativo cominciare delle trattative sui contratti collettivi anche con il settore commerciale affinché vi sia un allineamento generalizzato delle condizioni di lavoro tra pubblico e privato. In questi anni il Consiglio di Stato ha congelato la misura d'attuazione del prelievo all'utente del forfait giornaliero ma, sotto la pressione del risanamento dei conti pubblici, non è escluso che vi sarà un'entrata in materia nei prossimi mesi. Il Comitato dell'Associazione è pronto ad una costruttiva discussione nel merito di questa misura che però dovrà essere discussa integrando molteplici variabili, per esempio, la revisione della decisione dello stesso Consiglio di Stato di congelare il numero di concordato per le Cure Acute di Transizione (CAT) domiciliari che permetterebbe finalmente di riconoscere al Servizio un finanziamento adeguato per la complessità clinica territoriale alla quale la nostra Associazione deve rispondere.

Infine, la chiara e ferma volontà della nostra Associazione di assumersi dei compiti di gestore della Rete socio-sanitaria a fronte di una scarsa visibilità pubblica (rispetto ad Enti della Rete che nell'immaginario collettivo e professionale sono reputati più essenziali e capaci professionalmente di noi), impongono l'arrivo di personale pronto ad assumersi queste sfide. Per questa ragione che il Comitato e la Direzione sono intenzionati ad introdurre alcuni elementi di merito nella remunerazione degli scatti salariali. L'at-

tuale carriera di 13 annualità sarà abbassata a 10 annualità previa una valutazione del personale mentre per tutti sarà sempre garantito lo scatto salariale nella misura del 60 % avanzano sempre nella carriera.

A breve cominceranno gli incontri con le organizzazioni sindacali per l'elaborazione e la formalizzazione del contratto.

Attività 2015, aumento delle ore di attività in campo clinico

Come da più anni a questa parte, il Servizio ha visto la sua attività sanitaria fortemente aumentare rispetto all'anno 2014 (+ 14.2 %, ovvero + 11'900 ore d'intervento) e l'attività di economia domestica ancora in calo (- 11.5 %, ovvero - 3'807 ore d'intervento).

Evoluzione 2014-2015 delle ore per categoria professionale e per tipologia di prestazione

	2014 (ore)	2015 (ore)	+/- %
Attività infermiere			
<i>Consigli e Istruzioni</i>	4'161	4'912	+ 18.0 %
<i>Esami e Cure</i>	19'626	23'419	+ 19.3 %
<i>Cure di base</i>	3'179	3'230	+ 1.6 %
<i>Economia domestica</i>	0	0	0
Attività Op. Socio San./Aiuto Fam.			
<i>Consigli e Istruzioni</i>	----	----	----
<i>Esami e Cure</i>	14'180	15'276	+ 7.7 %
<i>Cure di base</i>	26'636	29'235	+ 9.7 %
<i>Economia domestica</i>	468	720	+ 53.8 %
Attività Assistenti di cura			
<i>Consigli e Istruzioni</i>	----	----	----
<i>Esami e Cure</i>	----	----	----
<i>Cure di base</i>	15'756	19'365	+ 22.9 %
<i>Economia domestica</i>	46	60	+ 30.4 %
Attività Ausiliarie di Eco. Domestica			
<i>Consigli e Istruzioni</i>	----	----	----
<i>Esami e Cure</i>	----	----	----
<i>Cure di base</i>	NO	NO	NO
<i>Economia domestica</i>	32'398	28'325	- 12.6 %
TOTALE DELLE ORE	116'450	124'543	
<i>Totale LAMal</i>	83'537	95'437	+ 14.2 %
<i>Totale Economia Domestica</i>	32'913	29'106	- 11.5 %

Anche l'attività di economia domestica data in mandato all'Associazione Opera Prima si è ridotta passando da 17'426 ore del 2014 a 14'377 ore del 2015 (- 17.5 %). Non ci è dato sapere se Opera Prima ha poi aumentato le sue ore d'intervento nelle sue attività non legate al mandato ACD. Sottolineiamo però l'urgenza per Opera Prima di mettersi in contatto con la rete degli assistenti sociali, con la stessa ACD e con gli Enti di Appoggio che propongono attività ricreative. Attualmente Opera Prima vede utenti più autonomi rispetto ad ACD ma con un potenziale di fragilità per i quali è fondamentale investire nella prevenzione e nella prevenzione all'isolamento sociale. Invitiamo ancora una volta Opera Prima ad investire nella piattaforma informatica e nelle comunicazioni tra il personale della stessa Opera Prima, i capi-équipes di ACD e l'assistente sociale ACD, nonché ad investire maggiormente nella formazione del personale. L'attività di outsourcing delle prestazioni di economia domestica non è da considerarsi unicamente alla luce del risparmio per gli Enti pubblici ma, a nostro avviso, Opera Prima deve rimanere ben ancorata nel lavoro di rete e nella qualità delle prestazioni offerte. Nel corso del 2015, la nostra

Associazione ha finanziato parte di un corso per il personale di Opera Prima atto a favorire il lavoro di équipe.

Il forte aumento quantitativo delle ore d'intervento LAMal ha riguardato tutti i settori di attività, dalle cure di base (aiuto nelle attività della vita quotidiana come il vestirsi, l'alimentarsi, il muoversi, ecc.) alle attività legate alle tecniche infermieristiche (controlli dei parametri vitali, cateterizzazioni, medicazioni, gestione farmaci, ecc.). Il Servizio ha risposto all'aumento della domanda con due strategie: l'ingaggio di infermieri (per quanto riguarda le prestazioni ad indirizzo infermieristico) e gli assistenti di cura (per quanto riguarda le cure di base). Ancora una volta facciamo appello al Dipartimento Sanità e Socialità (DSS) nonché al Dipartimento dell'Educazione, della Cultura e dello Sport (DECS) affinché si possa disporre sul mercato del lavoro di un maggiore numero di validi Operatori Socio Sanitari (OSS) per poter rispondere all'aumento delle tecniche infermieristiche. Parte di queste tecniche possono essere delegate all'OSS senza dover necessariamente sempre ingaggiare delle infermiere.

Chiaramente, anche il numero generale di fruitori del Servizio è aumentato passando da 2'187 utenti del 2014 (di cui 1'629 seguiti per prestazioni LAMal, 573 per prestazioni di economia domestica e 391 bambini) a 2'231 utenti del 2015 (di cui 1'751 seguiti per LAMal, 510 per economia domestica e 371 bambini).

Incontri con la popolazione del Mendrisiotto e Basso Ceresio

Nel 2014, il Comune di Rovio ha dato il via ad un'interessante esperienza. Ha invitato l'Associazione a presentarsi offrendo un pranzo alla popolazione anziana del Comune in collaborazione con gli assistenti sociali. In quell'occasione la Direzione ha presentato le prestazioni del Servizio ma anche un riassunto dei servizi presenti sul territorio.

Dopo questa prima esperienza molto positiva, nel 2015, la città di Mendrisio ha voluto proporre un pranzo a tutta la popolazione anziana. Il riscontro è stato molto buono con circa 500 partecipanti questo anche grazie alla pubblicazione dell'invito sulla rivista Memore ed al grande lavoro svolto dalle assistenti sociali del Comune. Durante il pranzo è stato presentato il nostro Servizio nonché il Servizio Anziani Soli (SAS) di Mendrisio. Sulla scia di queste iniziative, sempre nel 2015, il Comune di Maroggia ha organizzato un pomeriggio alla propria popolazione anziana con una merenda. Nel 2016, è stata la volta del Comune di Castel San Pietro.

Da questi incontri (come dagli incontri organizzati dal Comune di Mendrisio con le varie Associazioni attive sul territorio e la popolazione alle quali la nostra Associazione ha partecipato) emerge l'esigenza di maggiore informazioni e di poter disporre di trasporti. La Direzione rimane a disposizione per qualsiasi informazione o iniziativa che i Comuni vorranno attivare.

Infine il Comitato e la Direzione desiderano ringraziare tutto il personale per l'impegno profuso in questi anni.

Dispositivo di chiusura e delibera in merito all'attività 2015

In considerazione di quanto esposto, il Comitato invita l'Assemblea ad accettare il rapporto del Comitato ed i conti consuntivi 2015 che prevedono un totale di costo di 11'912'964.17 franchi, un totale dei ricavi di 11'963'469.23 franchi, con un eccedenza di Servizio di 50'505.06 franchi e un sussidio pubblico di 4'516'217.48 franchi.

DICHIARAZIONE CONTI ANNUALI 2015 – Art. 959c CO

Dal punto di vista tecnico contabile, i conti sono stati presentati secondo le nuove disposizioni previste dal Codice delle Obbligazioni (art. 959c). L'articolo prevede che tutte le aziende iscritte a registro di commercio forniscano i loro conti in modo più trasparente e standardizzato, rendendo possibile il confronto inter-aziendale.

Al fine di rispondere a questo obiettivo, ai classici documenti di dettaglio presentati normalmente nelle Assemblee precedenti è stato dunque aggiunto il presente "Allegato", i dati finanziari sui centri di costo (rispettivamente di ricavo) e sui centri patrimoniali.

1. Indicazioni generali

L'Associazione sull'assistenza e la cura a domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio (di seguito ACD) è stata costituita il 13 luglio 1999 ed ha sede a Mendrisio. Lo scopo dell'Associazione è consentire la permanenza a domicilio delle persone residenti nel proprio raggio d'attività, confrontate a malattia, infortunio, disabilità, maternità, vecchiaia o difficoltà socio-familiari, offrendo loro le necessarie prestazioni e consulenze.

Gli organi dell'ACD, Mendrisio sono l'assemblea generale, il comitato di 7 membri, la commissione di zona, la direzione ed i revisori dei conti. La media dei posti di lavoro a tempo pieno nel corso dell'anno corrente non supera le 250 unità.

2. Principi e criteri sull'allestimento del conto annuale

La chiusura dei conti al 31.12.2015 è stata elaborata in conformità alle norme del Codice delle Obbligazioni Svizzero.

3. Informazioni su poste di bilancio e di conto economico

<i>Mezzi liquidi</i>	I conti cassa e i conti bancari sono iscritti a bilancio al loro valore nominale.
<i>Crediti da prestazioni</i>	Esposti a bilancio al loro valore nominale, sono relativi a prestazioni effettuate a beneficio di Casse Malati (frs 1'380'707.25) e ad Utenti (frs. 192'914.70) nonché altri debitori e prestiti (frs. 24'235.99). A fronte degli stessi è stato costituito un fondo di svalutazione prudenziale ammontante a frs. 45'000.--.
<i>Altri crediti a breve termine</i>	Esposto a bilancio l'importo dell'imposta preventiva per la quale si chiede il rimborso.
<i>Scorte e prestazioni di servizi non fatturate</i>	
<i>Ratei e risconti attivi</i>	Esposti a bilancio prestazioni fatturate nel 2016 ma inerenti l'anno corrente
<i>Investimenti in mobili</i>	Le immobilizzazioni materiali mobiliari sono valutate a prezzo di acquisto e vengono rettificate separatamente delle relative quote d'ammortamento
<i>Investimenti in immobili</i>	Si tratta della sede in via F. Mola 20 valutata a prezzo di acquisto e rettificata separatamente dalle relative quote d'ammortamento (ammortamento annuo frs. 31'210.45

<i>Debiti per forniture e prestazioni</i>	I debiti per forniture e prestazioni compaiono a bilancio al loro valore nominale e concernono creditori terzi
<i>Altri debiti a breve termine</i>	Si suddividono in debiti verso: 1) assicurazioni sociali e istituti di previdenza (AVS/AI/IPG: frs. 143'761.60; Cassa Pensione: frs. 22'427.20; 2) LAINF: frs 8'516.30; Malattia frs. 15'178.00; 3) Ufficio delle imposte alla fonte (conguaglio da versare: frs. 63'562.30). 4) Quote sindacali e professionali (da versare frs. 23'639.80) 5) Conto giro doppi pagamenti (frs. 11'987.66)
<i>Ratei e risconti passivi</i>	1) Esposti a bilancio costi fatturati nel 2016 ma inerenti l'anno corrente (frs. 72'416.45) 2) Acconti Istanza cantonale di compensazione (frs. 201'407.38): si tratta dell'adeguamento della gestione e delle eccedente per l'anno 2014, tale importo verrà trattenuto dalla prima rata del sussidio del 2016. 3) Accantonamento vertenza legale assicuratore malattia (frs. 60'000.-): si tratta di un accantonamento per vertenze nei confronti di casse malati che riconoscono solo parzialmente le prestazioni di alcuni utenti. 4) accantonamento contratto di prestazione (frs. 57'482.52): si tratta di un adeguamento approssimativo della chiusura del contratto di prestazione 2015 che verrà definito nella prima metà dell'anno 2016.
<i>Capitale terzi a lungo termine</i>	Esposto a bilancio il saldo del prestito ipotecario garantito dall'immobile a bilancio.
<i>Accantonamenti</i>	Esposti a bilancio accantonamenti di vario genere (a favore dei dipendenti frs. 3'000, per la nuova sede frs. 185'000 e per vacanze non godute frs. 149'000).
<i>Capitale proprio</i>	Il capitale proprio è composto da: capitale proprio frs. 138'623.52; riserva libera frs. 655'664.92; riserva rischi aziendali frs. 2'241'157.76
<i>Ricavi d'esercizio</i>	I ricavi d'esercizio sono composti dai ricavi per prestazioni erogate per la cura a domicilio, per altre organizzazioni, vendita materiale sanitario, rimborsi assicurativi, e sussidi dal Cantone sulla base di un contratto di prestazione
<i>Costi del personale</i>	Si tratta degli stipendi di tutto il personale composto da ca. 180 persone, dei relativi oneri sociali nonché da prestazioni eseguite da terzi
<i>Costi di materiale e trasferte</i>	Si tratta di acquisto di materiale sanitario, trasporti e trasferte del personale.
<i>Altri conti d'esercizio</i>	I costi d'esercizio sono composti dai costi di manutenzione, ammortamenti, costi amministrativi, assicurazione ecc.
<i>Ricavi straordinari</i>	Questi ricavi sono composti principalmente da assegni di formazione incassati per alcuni dipendenti in formazione, vendita di classeur sull'alimentazione.

4. Altre indicazioni prescritte dall'art. 959c cpv. 2 CO

*Eventi importanti
dopo la data di
chiusura del bi-
lancio*

Successivamente alla chiusura del presente bilancio non si sono verificati eventi che avrebbero potuto influire significativamente sul risultato del conto annuale.

Il Comitato e la Direzione dell'Associazione, Mendrisio - 14 aprile 2016