

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

PREVENTIVO 2013



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

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

Indice:

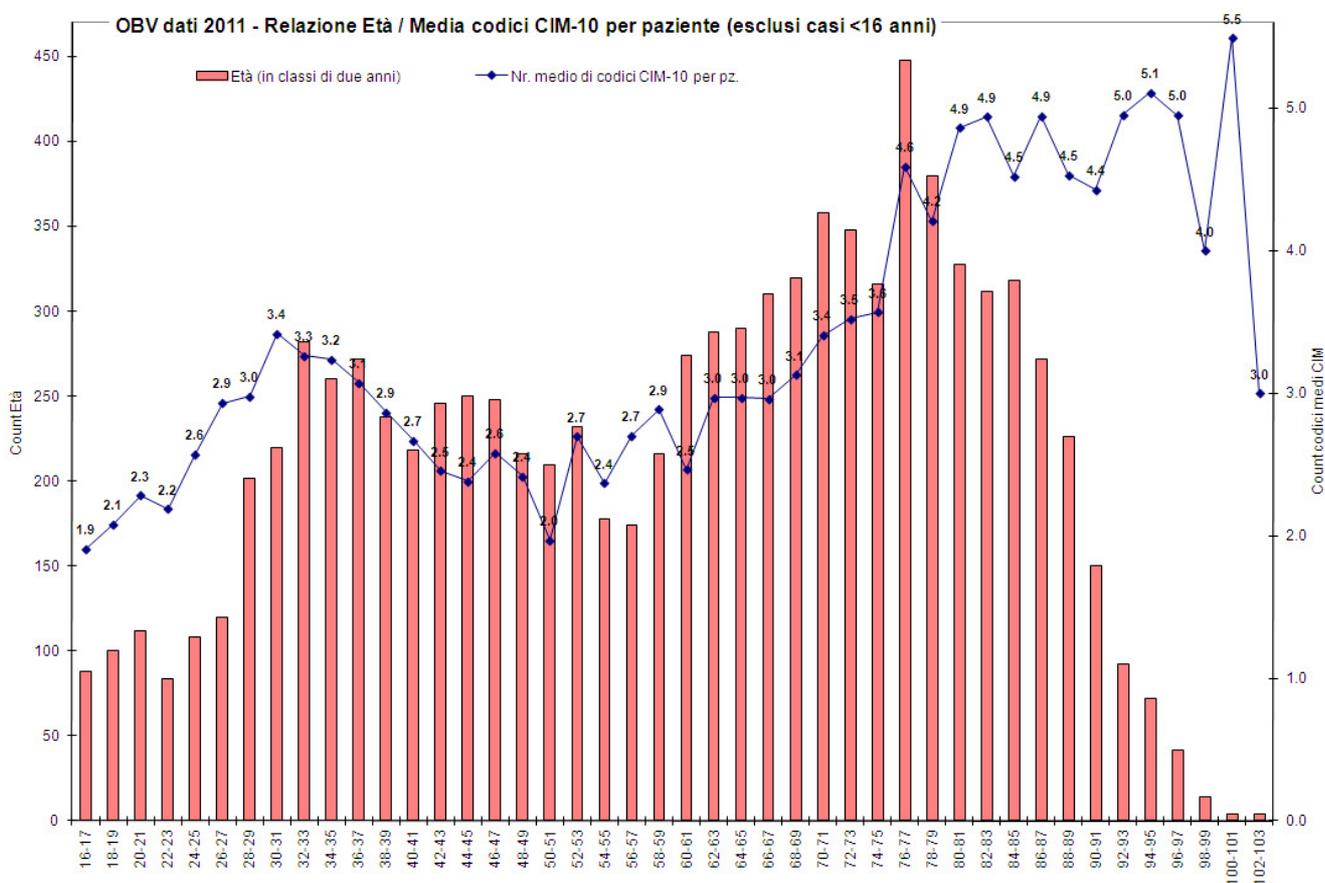
A] Rapporto del Comitato

B] Conti Preventivo 2013 – Conto Economico e Commento Contabile

RAPPORTO DEL COMITATO

Il settore delle Cure a Domicilio è confrontato sempre di più con il fenomeno di "sanitarizzazione" dell'attività, con pazienti sempre più anziani, con polimorbidità (dunque con più problematiche cliniche contemporaneamente) e fragili socialmente. Gli indirizzi strategici nella politica del servizio saranno quindi giocoforza rivolti *in primis* ai partner esterni – Medici Curanti, Ospedale Beata Vergine, Hospice - ed a quelli contrattuali – Dipartimento Sanità-Socialità, anche per poter far fronte alla concorrenza sempre più marcata dei servizi privati.

In quest'ottica va letta la volontà di voler collaborare con la Direzione dell'Ospedale Beata Vergine che ha permesso di analizzare la paziente che nel 2011 ha beneficiato di un soggiorno presso il nosocomio (sono esclusi i casi sotto i sedici anni). Nel grafico sottostante è riassunto nelle colonne il numero di pazienti ammessi in OBV nel 2011 per fasce di età.



Si può notare che i picchi più importanti di età si situano tra i 76 ed i 79 anni. Se entriamo in un livello di dettaglio maggiore, possiamo affermare che i pazienti che presentano una diagnosi di *diabete mellito insulino dipendente* oppure un'*insufficienza respiratoria* che sono stati ospedalizzati nel 2011, hanno una media di età di 73.5 anni, rispettivamente di 81 anni. Per patologie più legate all'invecchiamento della popolazione, come disorientamento o demenze, arriviamo a più di 83 anni di età, rispettivamente 86 anni. Queste cifre impongono una seria riflessione sul nuovo tipo di paziente che si sta profilando: *oggi, il paziente che più frequentemente ricorre ai servizi ospedalieri (dal PS agli ambulatori geriatrici o specialistici) è un paziente già in età avanzata che presenta o*

denuncia sintomi che si riferiscono ad un nuovo scompenso acuto innestato su un già costruito terreno patologico di cronicità-polimorbilità (Dr. Med. Graziano Ruggeri – consulente del Servizio).

La linea orizzontale blu rappresenta il numero medio di diagnosi mediche per paziente (sempre per l'anno 2011, pazienti OBV). Come si può ben notare, più la popolazione invecchia, più il numero medio di patologie per paziente ospedalizzato aumenta rendendo la cura *de facto* complessa.

Per far fronte a questa situazione di forte "sanitarizzazione del territorio", al fatto che esistono attualmente poche strutture intermedie tra l'ospedale ed il domicilio ed, infine, alla realtà dei nuovi indirizzi di finanziamento e di politica ospedaliera che vogliono un ospedale che si concentri essenzialmente sulle questioni acute per dimettere in seguito il paziente verso i servizi territoriali (servizi domiciliari, case per anziani, cliniche), sono necessari, a nostro avviso, alcuni prerequisiti. Una rete territoriale integrata molto dinamica, imprenditoriale e che si metta costantemente in comunicazione e, secondariamente, una capacità di risposta interna (dei quadri e del personale) a questa importante evoluzione.

La politica formativa di Servizio

Per stimolare la rete a conoscersi e confrontarsi, nonché per ottimizzare la presa a carico, la formazione diventa elemento essenziale e sarà il *fil rouge* del 2013.

Ad esempio, l'Associazione si è fatta promotrice nel riattualizzare in modo nuovo i colloqui di geriatria, diventati poco frequentati e sterili. Gli incontri saranno sempre organizzati in collaborazione con il Servizio Sottocenerino di Geriatria dell'EOC - sede OBV, ma verteranno di volta in volta su sindromi geriatriche ed altre tematiche specifiche al paziente geriatrico (la gestione dell'aggressività nell'utente con disturbi cognitivi, la prevenzione delle cadute, la malnutrizione, ecc.). L'entrata in materia sarà definita da un caso concreto che permetterà d'intercalare la situazione particolare con il quadro teorico generalizzabile. Gli operatori dell'ACD coinvolti nella cura e la gestione del caso saranno presenti all'incontro ed il medico curante sarà personalmente invitato a partecipare.

Il già citato fenomeno di "sanitarizzazione" imporrà sempre di più delle collaborazioni ed un ottimo affiatamento tra personale del Servizio e personale medico. Facciamo sin d'ora appello al Circolo Medico ed a tutti i medici attivi affinché l'Associazione possa beneficiare della preziosa collaborazione e disponibilità a discutere situazioni delicate per favorire il miglioramento della cura. Dal punto di vista interno, per soddisfare questo obiettivo, il Servizio si doterà nel 2013 di un sistema di valutazione della qualità e di un sistema di segnalazione dei reclami dell'utenza. Inoltre, segnaliamo che il Dipartimento Sanità Socialità ha avviato l'inchiesta sulla soddisfazione dell'utenza e del personale dei Servizi.

Nel contesto di una maggiore collaborazione tra le differenti strutture attive per la cura dei pazienti, nel 2013 sarà attivo un nuovo progetto di collaborazione con l'ambulatorio di Mendrisio dell'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI). Fino ad oggi, ogni anno una collaboratrice della nostra Associazione si recava presso l'Ospedale San Giovanni di Bellinzona per uno stage di

due settimane sulle tecniche oncologiche e palliative. Dal prossimo anno effettueranno lo stage due collaboratrici presso l'ambulatorio di Mendrisio.

La comunicazione con i medici sarà inoltre garantita attraverso l'apertura della piattaforma informatica web Medical Link. Ogni medico, previo consenso scritto del proprio paziente, potrà collegarsi al sito www.med-link.org ed inserendo i propri codici (login e password) potrà aggiornarsi sull'evoluzione clinica dei propri pazienti e lasciare gli ordini medici on-line.

Non da ultimo, sempre in merito ai forti investimenti del Servizio nella formazione obbligatoria, su nostre indicazioni, l'Osservatorio delle Medical Humanities della SUPSI ha formalizzato una proposta formativa strutturata e destinata a tutti gli attori attivi presso i SACD e nella rete sanitaria. L'offerta sarà principalmente destinata agli Infermieri ed agli Operatori Socio Sanitari ed avrà come obiettivo il rapporto tra Cura e Territorio. Il Territorio, occupato dalla comunità di vita con le sue istituzioni e istanze locali e dalla famiglia del paziente; la Cura intesa fortemente interdisciplinare e chiamata a coniugare gli indirizzi specialistici ma anche assistenziali e sociali. Attualmente le proposte formative sul mercato sono incentrate principalmente in una dinamica specialistico-tecnica mentre la cura a domicilio, per le sue caratteristiche specifiche, impone all'operatore di essere costantemente attento anche alla valutazione dei rischi potenziali in termini di salute pubblica (il rischio di cadute, il rischio di malnutrizione, il rischio di maltrattamenti dell'anziano, ecc.), di garantire una capacità organizzativa e comunicativa individuale importante, nonché di dimostrare una maturità emotiva nell'affrontare in autonomia delle situazioni sempre più complesse al domicilio. Solitudine del curante a confronto con il fenomeno della costante "sanitarizzazione" nonché ad una nuova prestazione molto orientata alla clinica e voluta a livello federale, le Cure Acute di Transizione (CAT) a domicilio.

Le Cure Acute di Transizione a domicilio

Le CAT a domicilio dovrebbero essere attive a partire dal 2013. Questa prestazione è stata introdotta nella Legge Federale sull'Assicurazione Malattia. Potrà essere erogata per quattordici giorni consecutivi dopo un'ospedalizzazione in ambito acuto e potrà essere esclusivamente prescritta da un medico ospedaliero.

L'obiettivo di questa prestazione post-ospedaliera ad alto contenuto sanitario ed educativo sarà il ristabilimento delle competenze di cura personali che il paziente aveva prima dell'ospedalizzazione (oppure un recupero parziale ma consolidato). Questo ristabilimento potrà avvenire attraverso un forte investimento nelle tecniche infermieristiche oppure nel *coaching* dell'utente e della famiglia ad auto-gestire una parte importante della sua cura o invalidità.

Per attivare queste prestazioni sarà dunque assolutamente necessario consolidare i "ponti" tra l'ospedale acuto e il nostro Servizio. A tale proposito l'infermiera di legame sarà il fulcro di questo ideale "ponte" tra l'Ospedale Beata Vergine e l'Associazione.

Al momento attuale, la Direzione del Servizio con gli altri cinque SACD, sono impegnati nelle trattative con i due referenti contrattuali (Santésuisse per una cordata di assicuratori malattia ed Helsana per un'altra); di conseguenza, non è possibile ancora definire una voce di spesa per questa prestazione. Il Comitato auspica che al termine delle trattative le due tariffe siano uguali, questo per evitare laboriosi processi di fatturazione. Il finanziamento delle CAT domiciliari sarà garantito, come da Legge Federale, per il 45 % dai rimborsi degli Assicuratori malattia ed il restante 55 % sarà coperto dall'Ente Pubblico.

Non da ultimo, le CAT obbligano il Servizio ad una copertura 24 ore su 24 ore istituendo un turno di reperibilità notturna. Nel corso del 2012 il Servizio Ambulanze del Mendrisiotto (SAM) e l'Associazione hanno sperimentato una importante collaborazione di rete. Dopo l'adeguato investimento formativo effettuato dalla nostra Associazione per gli infermieri del SAM, da marzo fino a ottobre (dalle 21.00 alle 7.30), gli interventi per la nostra utenza sono stati gestiti direttamente dagli infermieri del SAM. Le chiamate sono state circa una dozzina e tutte pertinenti da un punto di vista clinico (dunque non dettate da disfunzioni organizzative). E' intenzione del Comitato continuare questa importante esperienza di rete, resa possibile dalla ferma volontà delle due Direzioni di collaborare e dagli investimenti strutturali nella cartella clinica informatizzata che permettono agli infermieri del SAM di poter operare con un valido supporto informativo. Un vivo ringraziamento va sin d'ora al personale del SAM per l'impegno messo in atto e per la disponibilità dimostrata.

Informiamo inoltre che l'Associazione Hospice dal 1° gennaio 2013 non fornirà più la copertura infermieristica notturna che dovrà essere ripresa dunque dal SACD.

La concorrenza accresciuta nel settore dell'aiuto domiciliare

Oltre all'evoluzione clinica dei pazienti del Comprensorio e alle sfide determinate dalle CAT, la concorrenza con gli spitex privati commerciali è un altro tema importante, fonte di preoccupazioni. Il 2012 è stato il primo anno di sovvenzionamento pubblico di tutti gli Enti (sia privati che pubblici) con l'obbligo di esplicitazione dei propri dati di costo. L'analisi del Dipartimento Sanità e Socialità ha messo in rilievo una forte differenza di costo orario tra i due settori, con costi per l'Ente parappubblico nettamente superiori. Tali costi sono, in parte, determinati dall'applicazione di un contratto collettivo per le sei Associazioni SACD mentre solo alcuni Spitex Commerciali Privati hanno sottoscritto un contratto collettivo con condizioni salariali nettamente inferiori. Gli stipendi dei nostri collaboratori sono in linea con quelli degli altri settori sanitari ed è, a nostro avviso, imperativo che gli spitex commerciali privati si allineano su questi parametri.

La differenza di costo si ripercuote anche sulle trattative per la definizione della tariffa di Cure Acute di Transizione. In effetti, delle tariffe relativamente "basse" non permetterebbero alla nostra Associazione di coprire i costi mentre sarebbero adeguate per i Servizi Commerciali Privati. Il Comitato dell'Associazione auspica quindi che nelle negoziazioni tariffali con gli Assicuratori Malattia sia introdotta una tariffa differenziata tra SACD e Spitex Commerciali Privati.

Gestione interna

Oltre agli investimenti molto importanti nel piano formativo, altri investimenti saranno attivati o consolidati nel corso del 2013. Primo fra tutti la pianificazione in automatico del personale ed un sistema informatico centrale di gestione delle disponibilità del personale.

Attualmente il personale si auto-pianifica l'attività e le équipes hanno tendenza a lavorare a compartimenti stagni. Questo è dettato dal fatto che le variabili di presa a carico sono molteplici ed influiscono sulla presa a carico (l'assenza dell'utente non sempre notificata al Servizio, la gestione delle trasferte, ecc.). Non da ultimo la struttura su base territoriale di un'équipe non favorisce la comunicazione e la messa in comune delle risorse di personale.

Nel 2012 è stato predisposto un sistema di centralizzazione delle disponibilità, è stato elaborato un catalogo di presenza minima del personale sanitario ed amministrativo, sono stati formalizzati i turni di Servizio (con rispettivi orari di entrata in Servizio) ed è stato creato un profilo interno di risorse umane con relativi flussi di comunicazione interna (che permette di gestire nel piano delle disponibilità di Servizio e nell'immediato ad esempio l'assenza del collaboratore). I più volte citati fenomeni di "sanitarizzazione" e di "concorrenza" obbligano ad una politica accorta di valutazione delle disponibilità in personale di tutto il Servizio per non lasciare scoperta l'utenza in determinate fasce di lavoro e, secondariamente, obbligano il Servizio ad evitare sprechi dovuti alla non messa in comune delle risorse tra le équipes.

Sul versante della pianificazione degli utenti, la piattaforma Medical Link propone un algoritmo di attribuzione che si basa sulla prestazione della figura professionale ottimale per effettuare l'atto, l'ottimizzazione delle distanze geografiche ed integra nell'attribuzione degli utenti l'operatore che più frequentemente è stato a contatto con l'utente nelle ultime visite. L'Equipe SUD sarà l'équipe test e nel corso della seconda metà del 2013 la soluzione sarà generalizzata a tutto il Servizio.

Per permettere una gestione ottimale, il Servizio ha inoltre bisogno di un sistema di reporting costante delle informazioni facilmente accessibile sia alla Direzione che ai quadri aziendali. Ad esempio, è necessario avere una statistica immediata sui carichi di lavoro, sulla quantità di economie domestiche effettuate da personale formato oppure ancora, quanti utenti sono temporaneamente ammessi in ospedali e cliniche e che potrebbero divenire un potenziale sovraccarico di lavoro per il Servizio al rientro a domicilio.

Nel 2013 si affronterà un altro importante problema: la gestione interna delle chiamate telefoniche. Con più di 2'000 utenti annui, 160 dipendenti attivi contemporaneamente sul territorio e la presenza presso i nostri locali di Opera Prima, si impone un cambiamento. Anche in questo contesto si farà capo ad una soluzione informatica dove si cercherà di costruire due circuiti d'informazione: un circuito amministrativo con il Segretariato che, grazie anche alla pianificazione informatizzata, potrà già risponderne sulle questioni organizzative legate agli interventi per l'utenza – ad es. la conferma dell'orario dell'intervento- ed un circuito clinico destinato ai professionisti che spesso hanno bisogno di poter accedere in tempi brevi ai capi-équipes.

Dal punto di vista quantitativo il Servizio prevede la seguente attività per categoria professionale e per tipo di prestazione (in ore):

Cat. Prof.	Prestazione	Preve 2013	Consu 2012*	Consu 2011	Preventivo 2011
Infermieri	Consigli e istruzioni	2'880	1'989	1'482	2'400
	Esami e cure	18'000	17'889	16'054	15'600
	Cure di base	3'120	3'099	4'144	3'600
	Economia Dom.	0	0	0	12
	Totale infermieri	24'000	22'977	21'680	21'612
AF/OSS	Consigli e istruzioni	---	---	---	---
	Esami e cure	12'360	10'184	7'359	7'920
	Cure di base	34'320	34'596	33'765	35'400
	Economia Dom.	1'320	1'768	3'898	4'200
	Totale OSS/AF	48'000	46'548	45'022	47'520
Assicura	Consigli e istruzioni	---	---	---	---
	Esami e cure	---	---	---	---
	Cure di base	9'600	6'953	5'019	6'600
	Economia Dom.	360	185	0	1'200
	Totale	9'960	7'138	5'019	7'800
Ausiliarie	Consigli e istruzioni	---	---	---	---
	Esami e cure	---	---	---	---
	Cure di base	---	---	---	---
	Economia Dom.	39'600	39'163	38'560	38'400
	Totale AUS	39'600	39'163	38'560	38'400
TOTOTALE ORE		121'560	115'826	110'281	115'332

* per il consuntivo 2012 si tratta di una simulazione

Si prevede dunque un aumento dell'attività sia rispetto al consuntivo 2011 (+ 9.7 %) sia rispetto alla simulazione di chiusura del 2012 (+ 4.5 %). **Segnaliamo inoltre che i conti presentati non prevedono la detrazione dell'eventuale "contributo solidarietà" che sarà l'oggetto di una seduta del Gran Consiglio in dicembre.** Il Comitato si chinerà sulla questione nelle prossime settimane una volta che disporrà dell'informazione necessaria e valutando le scelte che faranno i Comuni vis-à-vis del proprio personale.

Infermiere Consulenti Materno Pediatriche ICMP

In questi ultimi anni, il servizio delle infermiere consulenti materno pediatriche ha beneficiato di forti investimenti formativi e del supporto di due supervisor, il Dr. Wechsler ed il Dr. Schiavi. Con il 2013 l'Associazione vorrebbe procedere con la costituzione di una cartella sanitaria specifica alle ICMP e, secondariamente, avvicinarle ai pediatri attraverso consulenze direttamente effettuate presso gli studi medici. Sulla base di un *lavoro di memore in gestione aziendale* effettuato dalla capo-équipe responsabile, la sig.ra Milena Broetto, questa iniziativa vuole creare le premesse per la formalizzazione e l'omogeneizzazione delle loro conoscenze ancora spesso molto disuguali ed informali.

Grazie alla preziosa competenza delle ICMP ed in particolare della sig.ra Giovanna Petteuzzo, nel 2013 l'Associazione pubblicherà un vademecum sull'alimentazione del bambino. Documento nel quale le mamme avranno a disposizione delle schede alimentari per le varie fasce di età e, dal primo anno in poi, una serie di ricette stagionali adatte alla crescita del bambino.

Con l'entrata in vigore delle Cure Acute di Transizione, il Servizio dovrà garantire una copertura universale (dunque su tutto il territorio del Mendrisiotto) anche delle prestazioni infermieristiche specialistiche ai bambini. Attualmente, le ICMP si limitano alla consulenza ed alla prevenzione e non effettuano tecniche. Si ovvierà quindi attraverso una collaborazione con i Servizi Privati già presenti sul territorio.

Con il presente rapporto il Comitato dell'Associazione invita i delegati a voler approvare i conti preventivi 2013 così come presentati, che presentano costi per 10'875'211.10 franchi, ricavi per 10'876'170.05 franchi, un'eccedenza prevista di 958.95 franchi ed un sussidiamento pubblico di 4'746'002.30 franchi.

Con ossequio – Il Comitato dell'Associazione