

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

PREVENTIVO 2017



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 Preventivi 2016 – Costi/Ricavi	Pag.	10
C]	Commento Contabile – Indicazioni sui Costi/Ricavi	Pag.	18

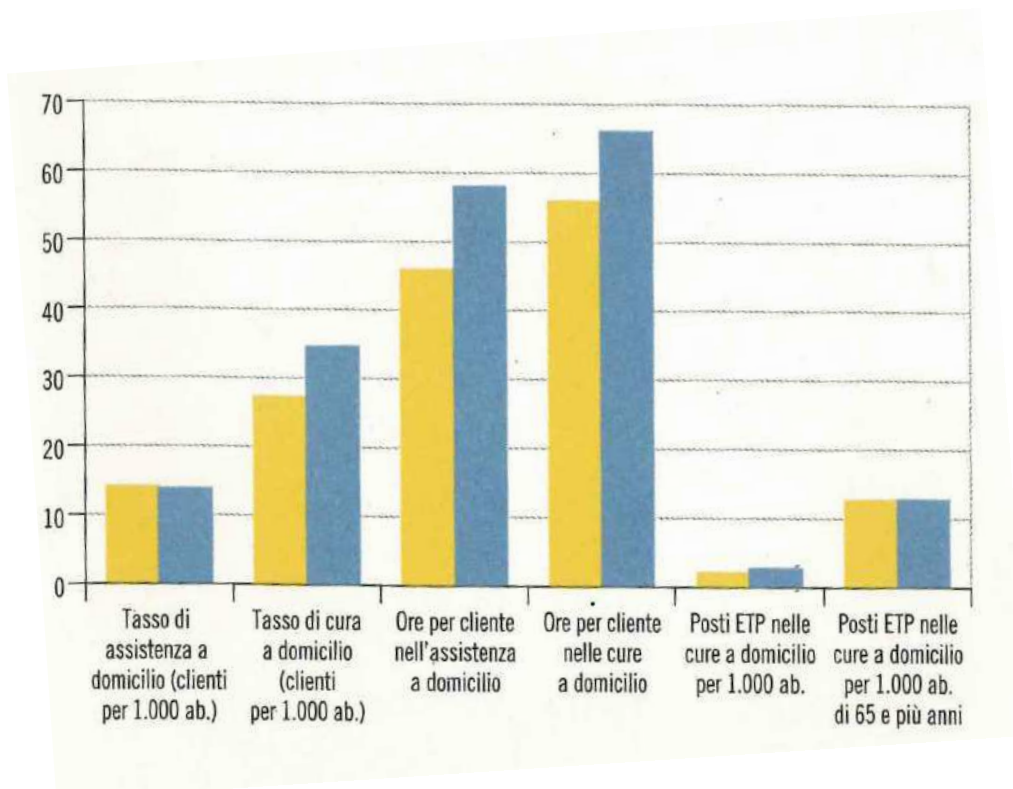
RAPPORTO DEL COMITATO

Misure di Risparmio

Nel settembre 2016, la Commissione della Gestione del Gran Consiglio ha elaborato un rapporto di maggioranza e un rapporto di minoranza che davano un preavviso negativo all'introduzione della tassa di 15.95 franchi ad intervento proposta dal Consiglio di Stato. Nel contempo però, il rapporto di maggioranza della Commissione prescrive che i Servizi di Assistenza e Cura a Domicilio d'interesse pubblico propongano risparmi per 2.5 milioni annui per due anni consecutivi. In caso contrario nel 2019 sarà introdotta d'ufficio la già citata misura del 15.95 franchi.

In questi anni il Servizio, a fronte di una forte crescita dell'attività, ha molto insistito nella ricerca dell'efficienza economica mantenendo sotto controllo il proprio sussidiamento pubblico. Questo obiettivo è stato raggiunto attraverso l'importante lavoro di attribuzione delle corrette figure professionali alle prestazioni da effettuare svolto dai capi-équipes (concetto di *skill mix*). Attraverso lo strumento della pianificazione degli interventi si evita, ad esempio, che le infermiere facciano prestazioni socio-assistenziali ma che quest'ultime siano attribuite proprio al personale socio-assistenziale (Operatori Socio Assistenziali, Aiuto Familiari, Assistenti di cura, ecc.).

Il Comitato dell'Associazione si è più volte chinato sulla questione di quali possano essere i risparmi settoriali. In primis, sottolinea però che molto è già stato fatto in Ticino per rendere il settore molto efficiente. Come risulta dalla pubblicazione dell'Ufficio di Statistica Ticinese dell'annuario statistico cantonale in un confronto con il resto della Svizzera, in Ticino sussiste un tasso di cura a domicilio e delle ore per utente più elevanti che nel resto della Svizzera al quale non corrispondono delle risorse maggiori in termini di personale. E' dunque chiaro che il personale ha raggiunto buoni livelli di efficienza.



Malgrado ciò, il Comitato dell'Associazione è cosciente che siano necessarie delle ulteriori riflessioni su come contenere ulteriormente i costi. Di conseguenza, vengono proposte le seguenti piste di riflessione:

- a) Che vengano definiti degli obiettivi per tutti i Servizi di Assistenza e Cura a Domicilio d'interesse pubblico (SACDip) quanto **all'ottimizzazione tra figura professionale e prestazione da erogare (concetto di skill mix)**.
- b) Che venga definito a livello cantonale **il criterio per beneficiare di un'economia sussidiata**. Oggi esistono tre possibilità di beneficiare di un'economia sussidiata.

La prima possibilità consiste nel ricevere l'economia domestica direttamente attraverso il personale di ACD. A fronte di un costo orario del personale ausiliario o di assistente di cura di ca. 51 franchi (di 66 franchi se effettuato da Aiuto Familiari o Operatori Socio Sanitari e di 85 franchi se effettuato da infermieri), ACD incassa mediamente 27 franchi all'ora. Ne deriva un sussidiamento pubblico importante per ogni ora erogata.

La seconda possibilità è l'economia domestica delegata in outsourcing ad un Ente Terzo (ad esempio, all'Associazione Opera Prima). I costi del personale dell'Ente Terzo sono inferiori ai costi del SACDip e, di conseguenza, il sussidiamento pubblico si riduce. Ad esempio, per ora affidata in outsourcing ad Opera Prima, quest'ultima fattura ad ACD 36 franchi/ora, parametro che è inferiore ai 51 franchi orari citati al paragrafo precedente.

La terza via è quella di affidare direttamente la prestazione di economia domestica all'Ente Terzo evitando qualsiasi forma di sussidiamento. La nostra Associazione sta incrementando anche questa via. Leggendo il Rapporto di attività di Opera Prima si evidenzia come questa tipologia d'intervento sia in aumento per la regione del Mendrisiotto e Basso Ceresio.

Il Comitato è dell'avviso che debbano essere stabiliti dei criteri per definire cosa rileva delle varie soluzioni di presa a carico per l'economia domestica.

Anno	Nr utenti seguiti	Bambini	Adulti (o giovani adulti)	Adulti per cure LAMAL	Adulti per Economia Domestica	Ore totali di economia domestica
2015	2'231	371	1'860	1'751 (94.1 %)	511 (27.4 %)	29'106
2014	2'187	391	1'796	1'629 (90.7 %)	573 (31.9 %)	32'913
2013	2'227	407	1'820	1'580 (86.8 %)	640 (35.2 %)	37'978
2012	2'193	453	1'740	1'466 (84.2 %)	716 (41.1 %)	41'395
2011	2'045	339	1'706	1'398 (81.9 %)	789 (46.2 %)	42'458
2010	1'941	265	1'676	1'279 (76.3 %)	855 (51.0 %)	45'072

La tabella sopra riprodotta mostra l'evoluzione (2010-2015) quanto al numero di utenti seguiti per differenti prestazioni. Come si può notare, nel 2010 gli utenti con prestazioni di economia domestica erano più del 50 % dell'utenza totale mentre nel 2015 rappresentano il 27.4 %. Gli utenti seguiti per una problematica LAMal erano il 76.3 % nel 2010 mentre nel 2015 sono il 94.1 %

dell'utenza. Negli anni, come da espressa volontà dell'attuale e dei precedenti Comitati direttivi, il Servizio ha orientato le sue prestazioni verso quelle sanitarie dando mandato alla Direzione di identificare quelle situazioni, spesso complesse dal punto di vista clinico e sociale, per le quali era necessario un investimento pubblico di presa a carico in termini di economia domestica.

- c) Un altro tema da abordare nei due anni di mandato conferiti dalla Commissione della Gestione per effettuare dei risparmi, concerne il **partenariato pubblico/privato**. Nel maggio 2012, il nostro Servizio aveva sottoscritto una convenzione con il Servizio commerciale privato Artemide SAGL, poi fallito nel 2016. Quest'ultimo aveva deciso di scindere la convenzione nel febbraio 2014 per proseguire una politica concorrenziale verso ACD ed altri concorrenti.

ACD si dice pronto a collaborare con gli spitex commerciali ma, nel contempo, non ha il potere e la legittimità per obbligare questi servizi ad avvicinarsi poiché uno dei concorrenti nel mercato delle cure a domicilio. Facciamo dunque appello al Dipartimento o ad altre istanze affinché si possa aprire dei tavoli o dei momenti di discussione.

Rimangono però irrisolti due aspetti importanti tra pubblico e privato.

Le condizioni di lavoro del personale che devono giocoforza essere il più possibile allineate così come i *modus operandi* legati al concetto di sussidiarietà degli interventi di questi Enti. La Legge cantonale sull'Assistenza e la Cura a Domicilio sancisce (art. 1 cpv. 2) che *l'offerta di cure e assistenza a domicilio è sussidiaria rispetto alle risorse personali e familiari degli utenti*, questo sia per gli Enti Commerciali Privati che per gli Enti riconosciuti d'interesse pubblico. Attualmente però le ore medie erogate per utente dai due settori di attività divergono in modo sostanziale con i primi che erogano mediamente 108 ore per utente e i secondi che ne erogano 45 per utente¹. Al momento attuale non è mai stata approfondita la ragione di questa importante differenza: alcuni sostengono che si tratti di una sostanziale differenza nell'applicare il concetto di sussidiarietà rispetto alle risorse dell'utente, altri sostengono che la differenza in ore consista nel fatto che gli spitex commerciali privati seguano utenza più complessa. Come già evidenziato nei precedenti rapporti di Comitato, i dati clinici mostrano per ACD una casistica complessa.

- d) Altro tema che il Comitato ritiene importante da affrontare è come si possano sviluppare **sinergie con gli Enti di appoggio mettendo in comune delle risorse**. A tale proposito il Comitato fa appello e si invita agli Enti di appoggio dediti alla cura di mettere in comune le risorse nella futura quarta équipe clinica ACD che sarà in progettazione nel corso del 2017.
- e) Va infine affrontato il tema delle **prestazioni delle Infermiere Consulenti Materno Pediatriche (ICMP) e di Progetto Genitore**, Associazione finanziata da ACD, per le quali le prestazioni di consulenza ai genitori sono gratuite. E' oramai da un anno e mezzo che è stato creato un gruppo di lavoro con dei rappresentanti dei SACDip, del DSS e dei pediatri per studiare una ristrutturazione del comparto legato alla prima infanzia. Uno scenario possibile era la creazione di una équipe ICMP affinché si possano sfruttare delle sinergie, ad esempio, evitando che vi siano sei linee telefoniche di consulenza la mattina ma che vi sia un unico numero centrale. Al momento attuale però non sono state elaborate delle proposte o raccomandazioni.

La questione dei risparmi imporrà dunque al Comitato un'importante riflessione settoriale e dei confronti con gli altri SACDip, con i servizi commerciali privati e gli Enti di Appoggio. Sarà fondamentale arrivare ad una soluzione condivisa.

¹ Dipartimento Sanità Socialità (DSS) - Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2011-2014 – pag. 13

Attività 2017

Il contratto di prestazione con il DSS prevede che il Servizio calcoli le ore che saranno effettuate nel 2017. Questo per ogni prestazione svolta dalle varie categorie professionali (infermieri, operatori socio sanitari/operatori socio assistenziali/Aiuto familiari, assistenti di cura e ausiliari). In generale, non si prevede un ulteriore sviluppo di attività rispetto al preventivo 2016. I dati di confronto tra i differenti anni sono riassunti nella tabella sottostante:

Prestazioni	Ore Consu 2015	Ore Preve 2016	Ore Simu 2017
Infermieri			
Consigli/istruzioni	4 912	4 800	6 000
Esami e cure	23 419	24 000	25 800
Cure di base	3 230	3 240	3 180
Economia domestica	0	0	0
Totale Infermieri	31 561	32 040	34 980
Op Socio San/Aiuto Fam/Op Socio Ass			
Consigli/istruzioni	-----	-----	-----
Esami e cure	15 276	15 600	17 400
Cure di base	29 235	30 300	30 600
Economia domestica	720	300	240
Totale OSS/AF/OSA	45 231	46 200	48 240
Assistenti di Cura			
Consigli/istruzioni	-----	-----	-----
Esami e cure	-----	-----	-----
Cure di base	19 365	19 200	24 000
Economia domestica	60	120	180
Totale ASSCURA	19 425	19 320	24 180
Ausiliarie di economia domestica			
Consigli/istruzioni	-----	-----	-----
Esami e cure	-----	-----	-----
Cure di base	0	0	1'700
Economia domestica	28'325	30 000	28'300
Totale AUSILIARIE	28'325	30'0000	30 000
TOTALE ORE D'INTERVENTO	124'542	127'920	137 400

Le tendenze ed obiettivi relativamente forti saranno:

- Il tentativo di ulteriormente incrementare l'attività tecnica su situazioni cliniche semplici degli Operatori Socio Sanitari. Questo obiettivo sarà però condizionato dalla reperibilità sul mercato del lavoro di questa figura professionale. In molte occasioni il rapporto di Comitato ha evidenziato questo fattore che si aggraverà ulteriormente al momento che i letti post-acuti RAMI (Reparti A Minore Intensità) saranno attivi poiché cominceranno a reclutare Operatori Socio Sanitari per poter sostenere i loro costi. E' dunque fondamentale una riflessione con il Dipartimento Educazione Cultura Sport (DECS) sul potenziamento di questa figura professionale.
- Un incremento di attività delle infermiere per le prestazioni LAMal "Consigli e Istruzioni". Sempre di più il personale infermieristico è confrontato con delle prestazioni di "educazione terapeutica" ovvero il supporto e la trasmissione di istruzioni e informazioni all'utente nella gestione della propria malattia.

c) Il tentativo d'incrementare l'attività degli assistenti di cura e delle addette alle cure socio-sanitarie nelle prestazioni LAMal di "cure di base". Fino al 2012 l'Associazione non ingaggiava questa figura professionale. In questi anni sono state fatte però delle esperienze positive e, attraverso delle formazioni per armonizzare e cementare i saperi professionali, sarà possibile un'ulteriore incremento di attività per queste figure professionali. Il settore di attività socio-assistenziale è caratterizzato da fortissima eterogeneità dei curriculum formativi: Assistenti di cura, Addette alle cure socio-sanitarie, Assistenti geriatrici, Aiuto familiari, Operatori socio assistenziali. Molto positivamente questa situazione ha permesso delle riqualifiche professionali oppure di offrire a tante persone degli sbocchi professionali ma, nel contempo, ha messo nelle condizioni i datori di lavoro nel dover compattare ed omogeneizzare in interno i *background* professionali.

Collaborazione per i letti post-acuti e nuova sede

Come segnalato negli scorsi rapporti di Comitato, il Servizio ha sottoscritto con l'Ente Cantonale Ospedaliero un pre-contratto che prevede sia la locazione di spazi per ACD presso la "nuova ala OBV" che una collaborazione professionale nei futuri letti dell'ospedale.

A nostra conoscenza, il Dipartimento Sanità e Socialità (DSS) sta negoziando con gli assicuratori malattia la possibilità di finanziamento di questi futuri Reparti A Minore Intensità (RAMI) votati nella pianificazione ospedaliera. Parallelamente, in virtù degli accordi firmati con l'Ospedale Beata Vergine, il Servizio negozierà i percorsi clinici e la messa in comune delle risorse per la gestione delle dimissioni da questi letti post-acuti. Nel corso della fine del 2016 è stata inoltrata alla Direzione dell'ospedale la domanda di creazione di un gruppo di lavoro specifico. Molti sono gli spunti di riflessione comuni; basti pensare che in questi reparti vi sarà l'utilizzo l'obbligo dello strumento di valutazione clinica RAI (*Resident Assessment Instrument*), da molti anni già in vigore nei Servizi di Assistenza e Cura a Domicilio. Già questo singolo aspetto segnala che il letto RAMI è un "terreno" dove pratiche professionali del lavoro a domicilio si intersecano con le pratiche professionali del settore acuto. A nostro avviso, senza questa osmosi tra i due settori, per il settore acuto sarà difficile centrare l'obiettivo di questi reparti post-acuti di un rientro a domicilio sicuro, efficiente e di qualità.

Il Comitato dell'Associazione è fermamente convinto che la creazione del nuovo concetto di letto post-acuto sia una nuova opportunità di crescita professionale e che possa essere un tassello importante nella qualità dei servizi offerti sul Cantone per rispondere ai nuovi bisogni dei pazienti. Risposta ai nuovi bisogni non legati ad una medicina avanguardistica, tecnica e tecnologizzata ma piuttosto alla valorizzazione del capitale umano dei vari professionisti della salute che intervengono nella presa a carico in risposta alle problematiche dell'utenza con problematiche sempre più varie e che federano aspetti sanitari con quelli sociali. Nel contempo, il Comitato sottolinea che il letto RAMI non è una nuova prestazione finanziaria ma una proposta in favore della popolazione.

Investimenti nell'attività del personale

Nel corso del 2017 continueranno i percorsi formativi già intrapresi. Oltre ai colloqui di geriatria già in essere da alcuni anni sono stati aggiunti i colloqui di psichiatria con la presenza del Dr. Miozzari, del Dr. Moor, del Dr. Quadri e dei medici curanti. L'attività in favore dell'utenza con problematiche psichiatriche è in aumento sul territorio ed è necessario permettere al personale di beneficiare dell'adeguata preparazione per rispondere a queste nuove esigenze. Come più volte sottolineato in questi anni, l'Associazione ritiene indispensabile a breve termine una messa in parallelo tra la pianificazione nel settore cure a domicilio e quella psichiatrica.

Nel 2017 continuerà il percorso per il personale socio-assistenziale (Aiuto familiari, Operatori socio assistenziali, Assistenti geriatrici, Addette alle cure socio-sanitarie e assistenti di cura) nelle principali problematiche geriatriche. Come già riferito al capitolo precedente, il Servizio necessita di livellare le competenze tra i vari percorsi professionali e formativi esistenti e molto vari.

Sempre nel 2017 continuerà il programma di formazione nell'ambito della prevenzione allo scompenso acuto in vari ambiti della presa a carico (sistema cardio-respiratorio, cure palliative, stato confusionale, traumatologia e metabolismo) destinata agli Operatori socio sanitari ed agli infermieri. Alla presenza di un medico curante e di un medico specialista sono ripresi i concetti teorici dell'insufficienza di organo nonché discussi situazioni cliniche. L'obiettivo è sia l'accrescere le competenze del personale sia migliorare la comunicazione medico-infermiere.

Dal punto di vista dell'organizzazione clinica del lavoro, nel 2017 dovrebbe essere creata la quarta équipe. L'assetto istituzionale dovrebbe tradursi in tre équipes territoriali di cura/assistenza/mantenimento a domicilio e un équipe che effettuerà casistica che necessita di cure complesse. Ad esempio, casi con un seguito in cure palliative oppure utenti con un obiettivo di riabilitazione.

Dal punto di vista degli strumenti di lavoro, nella cartella clinica saranno inseriti alcuni nuovi protocolli di indagine clinica infermieristica. In questi anni, il Servizio è stato avanguardistico in questo senso; in effetti, nel 2016 è stato introdotto il protocollo relativo alla valutazione del rischio di cadute degli utenti che ha destato molto interesse presso i funzionari dell'Ufficio di Promozione e Valutazione sanitaria del Dipartimento Sanità e Socialità. Ricordiamo che le cadute soprattutto nell'anziano sono un problema di salute pubblica e comportano degli effetti finanziari importati sul sistema sanitario. Dopo aver dato priorità alla prima infanzia, nei suoi programmi di promozione della salute la Confederazione sta progressivamente portando sempre maggiore interesse in questa problematica e, in generale, alla prevenzione destinata agli anziani.

Su indicazioni dell'Ufficio del Medico Cantonale, la Direzione Sanitaria ha elaborato ulteriori contenuti della cartella sanitaria che saranno progressivamente introdotti. Nel contempo però, la stessa Direzione sta sviluppando una metodologia affinché non si cada nell'attuale problema di alcune strutture sanitarie, ovvero la moltitudine di informazioni tanto da non riuscire a farne una sintesi. Su quest'ultimo argomento, gli infermieri con mandato di coordinatori (detti "case manager") continueranno nel 2017 la loro formazione nella gestione dei flussi d'informazione e nella gestione delle sedute cliniche di équipe mentre la Direzione lavorerà sui processi di lavoro e rendere fluidi l'accesso e la gestione delle informazioni ricordando che nella specifica attività di aiuto domiciliare alle informazioni propriamente cliniche si sommano le informazioni sulla casa, di tipo sociale e assistenziale.

A livello di pianificazione degli interventi, il sistema d'informazione in essere permette di fornire le informazioni utili ai capi-équipes per svolgere al meglio questo complesso esercizio. Gli orari desiderati dagli utenti (spesso condensati dalle 07:30 alle 09:00), la continuità degli interventi tra l'operatore e l'utente in un contesto di presa a carico 24 ore su 24 ore (dunque con il personale attribuito su vari turni di lavoro diurni, serali, festivi), l'obiettivo finanziario di inviare la categoria professionale corretta per la prestazione da effettuare (concetto di skill mix espresso nei capitoli precedenti), la necessità di contenere tempi e chilometri di trasferta e l'integrazione di situazioni di urgenza alle quali rispondere, implicano la necessità di disporre di un sistema informatico estremamente performante nonché di capi-équipes con grandi capacità di *problem solving*. I mezzi informatici attuali in questo ambito si stanno rilevando anch'essi avanguardistici. Il sistema integra un algoritmo di pianificazione molto complesso da supporto ai capi-équipes. Come si può constatare dall'evoluzione del conto relativo alle indennità chilometriche, malgrado aumentino gli interventi e le ore d'intervento, i chilometri restano stabili. Anche i tempi di trasferta sembrano subire un'evoluzione positiva, ricordando che dal Contratto Collettivo la nostra Associazione considera gli spostamenti come tempo di lavoro. Maggiori analisi e indicazioni emergeranno dal Consuntivo 2016.

Infine, nel 2017 sarà attivo il sistema della fatturazione elettronica (EKarus). L'Associazione gestisce attraverso l'informatica circa 800'000 rilevamenti di prestazioni annuali effettuate dal personale. Si tratta della codifica delle prestazioni fatturate e dei codici amministrativi (trasferte, pause, colloquio di équipe, formazioni, ecc.). I codici sono poi inviati alla fatturazione. Attualmente però la fatturazione è cartacea mentre con il 2017 dopo il *controlling* amministrativo, i dati saranno trasmessi in formato elettronico agli assicuratori malattia. Progressivamente, dopo una fase di assestamento e di valutazione, le spese amministrative dovrebbero diminuire.

Nel contempo, nel 2017 il servizio sarà impegnato nelle trattative contrattuali con il fornitore del sistema informatico gestionale. Attualmente, il gestionale in questione è utilizzato da ca. 20'000 operatori a domicilio dei Servizi pubblici del Cantone Ginevra IMAD, Vaud AVADAD, Neuchâtel NOMAD e di alcuni del Cantone Friburgo. Attualmente il fornitore riserva delle macchine e dei server specifici per ACD permettendogli di far evolvere i propri protocolli clinici e la piattaforma di comunicazione in funzione della struttura del lavoro di ACD. Lo stesso fornitore del software dispone però di una soluzione standard per la quale si condividono macchine, server e sistemi di lavoro con altri spitex. Di conseguenza, anche il prezzo è inferiore. Si tratterà di un'operazione difficile da valutare attentamente poiché implica come rischio di essere condizionati dalle scelte e strutture del lavoro di altri clienti del fornitore.

Volontariato

Nel 2016 è partito il progetto che vuole ACD più attivo nel coordinarsi con gli Enti di volontariato. E' stata creata la Centrale Operativa del Volontariato in partenariato con Pro Senectute e Croce Rossa Sezione Sottoceneri. I primi dati sia sugli utenti che hanno potuto beneficiare della compagnia di un volontario che sul numero di volontari che si sono annunciati fanno ben sperare per proseguo del progetto nel 2017. Verso la fine dell'anno 2016 sono stati presi dei contatti con l'Accademia di Architettura e l'Ufficio Cantonale di Collocamento di Chiasso per verificare la disponibilità di studenti e disoccupati nel mettersi a disposizione per delle attività di volontariato (intese come fare compagnia per giocare a carte, cenare o accompagnare un nostro utente per una passeggiata o la spesa). Nel corso del 2017 saranno elaborare le procedure per lavorare con questi Enti esterni.

L'attuale nostra coordinatrice interna (con attività al 50 %) si occupa inoltre di raccogliere tutte le iniziative proposte degli Enti di volontariato e dai centri diurni per diffondere queste informazioni in interno, soprattutto alle ausiliarie di economia domestica che effettuano interventi di lunga durata. A quest'ultime è stato dato l'obiettivo di diffondere queste informazioni all'utenza.

Mobilità sostenibile per gli operatori ACD

Nel corso degli anni vi è stata la netta sensazione che il traffico sul Comune di Chiasso sia aumentato e che, nel contempo, sia diminuita la possibilità di trovare un parcheggio. Di fronte a questa situazione (molti operatori attivi e loro stessi generatori di traffico e di occupazione dei parcheggi), nel 2016 il Comitato e la Direzione del Servizio hanno deciso di dotarsi di alcune biciclette elettriche per muoversi in città. Nel contempo, il proprietario di un fondo situato nella cintura periurbana di Chiasso (fondo già adibito a parcheggio in concessione al Comune – Via Largo Kennedy) ha accettato che ACD edificasse un box chiuso a chiave contenente otto biciclette elettriche. In parallelo, il Municipio ha riservato sei stalli affinché il personale possa lasciare la macchina per muoversi esclusivamente con le biciclette per svolgere i propri interventi. Infine, ACD ha effettuato i lavori di allacciamento alla rete elettrica del box affinché si possano ricaricare le batterie.

In questi primi mesi il personale si è detto contento di questa soluzione. Nel 2017 si tireranno le somme di questa esperienza per verificare se proporla anche sul territorio di altri Comuni. Anche il Dipartimento del Territorio si è detto interessato a questa soluzione.

Contratto Collettivo di Lavoro (CCL)

Nel corso del 2016 vi sono stati degli incontri con le organizzazioni sindacali e con il personale. E' stato proposto un contratto collettivo che presenta delle innovazioni rispetto al precedente contratto ed all'attuale CCL firmato tra l'Associazione Bellinzonese, l'Associazione delle Tre Valli e l'Associazione del Vedeggio-Malcantone. Sono stati proposti degli elementi che incoraggiano la responsabilità individuale del collaboratore, la possibilità di beneficiare di giorni in più di vacanza lavorando però alcuni festivi infrasettimanali, una leggera correzioni sui rimborsi in caso di malattia e dei miglioramenti salariali per la categoria degli assistenti di cura. Attualmente, Comitato e Direzione sono in fase di discussione su questi specifici punti. Nel contempo, l'Associazione è fermamente intenzionata a dotarsi di un CCL.

In conclusione, il Comitato invita l'Assemblea ad accettare il rapporto del Comitato ed i conti preventivi 2017 che prevedono un totale di costo di 12 262 153.78 franchi, un totale di ricavi di 12 303 228.00 franchi, e un sussidio pubblico potenziale di 4 911 200.00 franchi.

Con ossequio, Il Comitato dell'Associazione