

# L'Arca Società Cooperativa Sociale



Bilancio Sociale 2011



|  |               |
|--|---------------|
| <b>1. Premessa .</b>   |               |
| 1.1 Nota Metodologica  | pag.03        |
| <b>2. Identità dati generali</b>                             | <b>pag.04</b> |
| 2.1 Carta di Identità  | pag.04        |
| 2.2 Finalità istituzionali                                   | pag.05        |
| 2.3 Oggetto Sociale  | pag.05        |
| 2.4 Aree di intervento                                       | pag.05        |
| 2.5 Ambiti   | pag.06        |
| 2.6 Territorio di riferimento                                | pag.07        |
| 2.7 Composizione Base Sociale                                | pag.08        |
| <b>3. Relazione di missione</b>                              | <b>pag.09</b> |
| 3.1 I valori   | pag.09        |
| 3.2 La mission   | pag.09        |
| 3.3 Attraverso la nostra storia                              | pag.10        |
| 3.4 Attività svolte  | pag.12        |
| 3.5 Progetti in corso  | pag.27        |
| <b>4. Governance</b>   | <b>pag.28</b> |
| 4.1 Il Consiglio di Amministrazione                          | pag.28        |
| 4.2 L'Assemblea dei Soci                                     | pag.29        |
| 4.3 Organi di controllo                                      | pag.29        |
| 4.4 Struttura di Governo (organigramma)                      | pag.30        |
| <b>5. I portatori di interesse</b>                           | <b>pag.31</b> |
| 5.1 Mappa dei Portatori di Interesse                         | pag.31        |
| 5.2 Base Sociale   | pag.32        |
| 5.3 Altri lavoratori   | pag.34        |
| 5.4 Le reti  | pag.38        |
| <b>6. Dimensione economica e analisi del valore aggiunto</b> | <b>pag.42</b> |
| 6.1 Dimensione economica                                     | pag.42        |
| <b>7. Prospettive future e conclusioni</b>                   | <b>pag.47</b> |
| 7.1 Obiettivi raggiunti                                      | pag.47        |
| 7.2 Obiettivi per il 2012-13                                 | pag.49        |
| 7.3 Prossimo Bilancio Sociale                                | pag.50        |
| 7.4 Conclusioni  | pag.50        |

## 1.1 NOTE METODOLOGICHE

- » Quella che avete tra le mani è la quarta edizione del nostro Bilancio Sociale.
- » L'esperienza di rendicontazione attraverso questo importante ed, ancora oggi, innovativo strumento, è cominciata infatti nel 2008 e da allora è proseguita, evolvendosi, di anno in anno.
- » La presente edizione è stata coordinata, su diretto mandato del CdA, dal Direttore che ha condiviso la stesura e la realizzazione dell'intero progetto con i Responsabili e Coordinatori di Area.

L'edizione 2011:

- » è stata redatta in conformità alla Delibera di Giunta Regionale della Lombardia n° 5536 del 10/10/07
- » è disponibile nella sua versione elettronica sul sito [www.arcasociale.com](http://www.arcasociale.com) o in versione cartacea contattando la sede amministrativa
- » Il Bilancio Sociale è stato approvato dall'Assemblea dei Soci del **17 maggio 2012**



## 2.1 CARTA D'IDENTITA'

**Denominazione:** L'Arca Società Cooperativa Sociale

**Sede legale:** 2302 Chiavenna(SO) Via D.P.Buzzetti,41

**Sedi operative:**

*Centro Polifunzionale di Servizi All'Anziano:*

Chiavenna, Via PD.P. Buzzetti,41.

*Centro Socio Sanitario:*

Chiavenna Via G.B.Cerletti,19

**Iscritta all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali sezione A, n.**

**C.C.I.A.A.** 39197

**Tribunale di Sondrio** n. 3920

**Data costituzione:** 23 maggio 1985

**Codice Fiscale e Partita Iva:** 00528850142

Aderente alla Confcooperative, sede di Sondrio

Associata alla cooperativa di servizi Unioncoop Sondrio

Associata alla Cooperativa Sociale Nisida

## 2.2 FINALITÀ ISTITUZIONALI

L'Arca è un ente non profit (ONLUS), che ha quale obiettivo la promozione umana e l'integrazione sociale dei cittadini, perseguendo principi di mutualità e solidarietà.

La legge definisce le cooperative sociali come soggetti di natura giuridica privata e con caratteristiche d'impresa **senza finalità di lucro** a cui attribuisce la possibilità di perseguire finalità di interesse collettivo. Da questo punto di vista, le cooperative sociali rappresentano una innovazione rispetto alle forme cooperative tradizionali.

Nello specifico, le **cooperative tradizionali** (di consumo, di lavoro, altro) sono società mutualistiche ovvero società che nascono per soddisfare il **bisogno dei soci**, offrendo loro beni e servizi o occasioni di lavoro a condizioni più vantaggiose rispetto a quelle dettate dal mercato. Le società **cooperative sociali**, invece, nascono con lo scopo di soddisfare bisogni che non coincidono esclusivamente con quelli dei soci proprietari, bensì con quelli della più vasta comunità locale ovvero **bisogni collettivi**.

## 2.3 OGGETTO SOCIALE

L'Arca realizza i propri scopi sociali attraverso la gestione di servizi socio sanitari, assistenziali ed educativi in favore di persone in difficoltà:

- » attività di assistenza domiciliare e in genere di supporto alla domiciliarità;
- » attività sanitarie a carattere domiciliare o ambulatoriali
- » strutture di accoglienza per persone anziane autosufficienti e non, residenziali e diurne;
- » servizi di consulenza e formazione rivolti ai destinatari dei servizi e alle loro famiglie, nonché interventi atti a sostenere l'autorganizzazione dei soggetti utenti o familiari nelle attività di cura;
- » servizi e centri di riabilitazione;
- » centri diurni ed altre strutture con carattere animativo nonché altre iniziative per il tempo libero, la cultura e il turismo sociale;
- » iniziative formative, informative, svolta a favore di soci e di terzi;
- » attività di ricerca e consulenza;
- » attività di sensibilizzazione e animazione della comunità locale
- » attività di promozione e rivendicazione dell'impegno delle istituzioni a favore delle persone deboli e svantaggiate e di affermazione dei loro diritti

## 2.4 AREE DI INTERVENTO

La Cooperativa si è specializzata negli interventi a favore dei soggetti fragili (anziani e persone non autosufficienti), ma nell'ambito dei servizi domiciliari (SAD ) si occupa di problematiche diverse.

Nell'ADI vengono presi in carico pazienti non autosufficienti di età diverse, anche se prevalentemente anziane.

Nel centro di fisioterapia, i pazienti sono prevalentemente adulti.

|                         | Residenziale | Domiciliare | Territoriale | Diurno |
|-------------------------|--------------|-------------|--------------|--------|
| <b>Anziani</b>          | x            | x           | x            | x      |
| <b>Disabili</b>         |              | x           |              |        |
| <b>Famiglia</b>         |              | x           | x            |        |
| <b>Disagio sociale</b>  |              | x           |              |        |
| <b>Disagio psichico</b> |              | x           |              |        |
| <b>Adulti</b>           |              |             | x            |        |

## 2.5 AMBITI

La Cooperativa opera prevalentemente in tre ambiti, di seguito rappresentati.

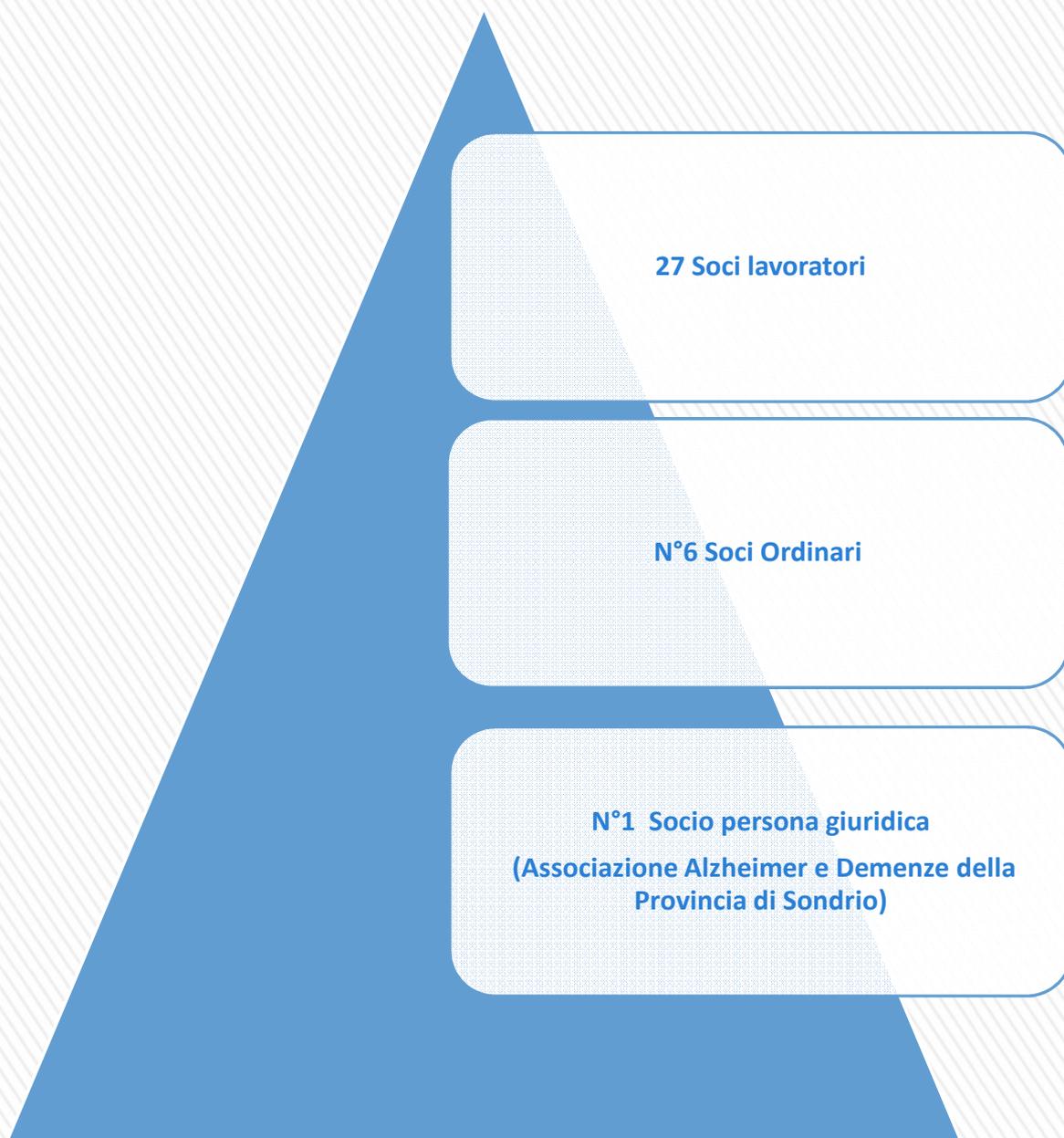


Il territorio di riferimento della Cooperativa è esclusivamente la Valchiavenna, in provincia di Sondrio.



## 2.6 COMPOSIZIONE DELLA BASE SOCIALE

Al 31.12.2012 la Cooperativa risultava composta da n°34 Soci, 32 femmine, 1 maschio e 1 associazione:



# 3. Relazione di missione

## 3.1 I VALORI

La politica sociale della cooperativa, relativa all'offerta di servizi, pone la **famiglia** quale destinatario privilegiato delle politiche sociali, per rendere la stessa partecipe di un processo in cui i servizi rappresentino una funzione di supporto, attivata quando essa viene meno o non possiede risorse adeguate a fronteggiare il problema.

Punto di forza della cooperativa è la promozione della **partecipazione attiva dei soci lavoratori**, mediante la condivisione di responsabilità nella gestione delle attività così come nei momenti decisionali e di attivazione di nuove strategie di intervento all'interno della cooperativa stessa e nel territorio.

La Cooperativa si ispira ai valori della solidarietà, della democraticità interna ed esterna; persegue l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'inserimento sociale dei cittadini. E' un **ente non profit**, essendo assente per statuto la finalità di lucro; opera tuttavia con modalità imprenditoriali, con una prevalenza dell'obiettivo sociale su quello economico.

La cooperativa si ispira a principi e valori che orientano sia le strategie che le linee operative e di gestione, che si possono così sintetizzare :

- logica di **condivisione dei bisogni** e di **promozione dell'autonomia** e dell'**integrazione sociale** delle persone cui sono rivolti gli interventi
- **orientamento al cliente**
- **territorialità** e integrazione con enti e soggetti del territorio
- **piccola dimensione** a garanzia della democraticità e della partecipazione reale dei soci alle scelte decisionali e alla gestione della cooperativa
- **specializzazione** di area
- **qualificazione** del personale
- attenzione, promozione e sviluppo delle **risorse umane** attraverso una particolare attenzione al benessere di ciascuno all'interno dell'organizzazione, curando gli aspetti relazionali e privilegiando la costituzione di un clima di lavoro improntato alla condivisione
- **qualità** degli interventi e innovazione nell'offerta di servizi
- collaborazione e **lavoro in rete** con le altre cooperative e il consorzio

La Cooperativa, in coerenza con i principi cui si ispira, è impegnata a leggere i bisogni del territorio e a individuare le strategie per offrire le risposte più adeguate ai bisogni emergenti. In tal senso l'attività progettuale della Cooperativa è in continua evoluzione, anche in riferimento alle nuove politiche sociali che sollecitano a ripensare alle strategie di offerta dei servizi, in particolare in relazione al principio di sussidiarietà che vede la **famiglia** non tanto come destinatario delle politiche sociali, ma soprattutto come **co-protagonista**, riservando ai servizi una funzione di supporto, che viene attivata solo quando la famiglia viene meno o non ha le risorse adeguate per far fronte al problema. Quindi, all'interno di un contesto in cui sia acquisito un sistema di garanzie di benessere pubblico e di servizi socio sanitari, la Cooperativa opera per una valorizzazione della famiglia e delle risorse informali.

## 3.2 LA MISSION

La *Mission* della Cooperativa consiste nell'offrire agli utenti servizi qualificati e continuativi che garantiscano una qualità di vita il più elevata possibile, rispettando la loro individualità, dignità e riservatezza, considerando i peculiari bisogni fisici, psichici, sociali e relazionali, promuovendo l'autonomia funzionale, l'inserimento sociale e comunitario e riducendo, per quanto possibile, gli stati di disagio, traducendo il concetto globale di promozione alla salute, in stretta collaborazione con i servizi territoriali e la famiglia.



### 3.3 ATTRAVERSO LA NOSTRA STORIA

L'Arca è stata costituita il 23 maggio 1985, per iniziativa della Comunità Montana Valchiavenna, che si proponeva di individuare nuovi soggetti a cui affidare i nuovi servizi previsti dal Programma di Zona, e di un gruppo di operatori e volontari che intendevano operare a favore di persone in difficoltà.

L'Arca cominciò ad operare nel dicembre 1985 attraverso la gestione del nuovo reparto protetto per non autosufficienti della Casa di Riposo «Città di Chiavenna».

La Cooperativa si sviluppò rapidamente, grazie alla propria credibilità e alla sempre maggior propensione da parte degli EEPP ad utilizzare la cooperativa, per superare alcuni vincoli amministrativi che rendevano molto difficile lo sviluppo dei servizi. In quegli anni oltre a gestire la Struttura Protetta, acquisì i Servizi di Assistenza Domiciliare, che via via, venivano affidati dai comuni e si occupò della gestione di servizi a favore dei disabili all'interno delle scuole, fino all'apertura, nel 1988, del Centro Socio Educativo per disabili. Per alcuni anni ebbe in convenzione anche il servizio di trasporto dializzati presso l'ospedale di Bellano e alcuni inserimenti lavorativi.

In pochi anni la base sociale passò da 25 a 80 soci; operavano in cooperativa circa un centinaio di persone fra soci e dipendenti. Ma la crescita così rapida portò con sé anche alcuni problemi:

- rischio di strumentalizzazione da parte degli Enti Pubblici.
- rischio di dipendenza economica e organizzativa dagli Enti Pubblici
- conflittualità sul versante economico
- confronto sui modelli di servizio.
- crescita troppo rapida della base sociale
- base sociale non omogenea (gruppi professionali portatori di culture diverse)
- mancanza integrazione tra settore "anziani" e "handicap".

Pertanto nel 1990 si decise di scindere in due la Cooperativa, favorendo la nascita della Cooperativa Sociale Nisida, alla quale vennero trasferiti tutti i servizi legati alla disabilità e L'Arca decise di specializzarsi sui servizi per anziani.

Da allora L'Arca ha sempre operato attraverso servizi a favore della popolazione anziana.

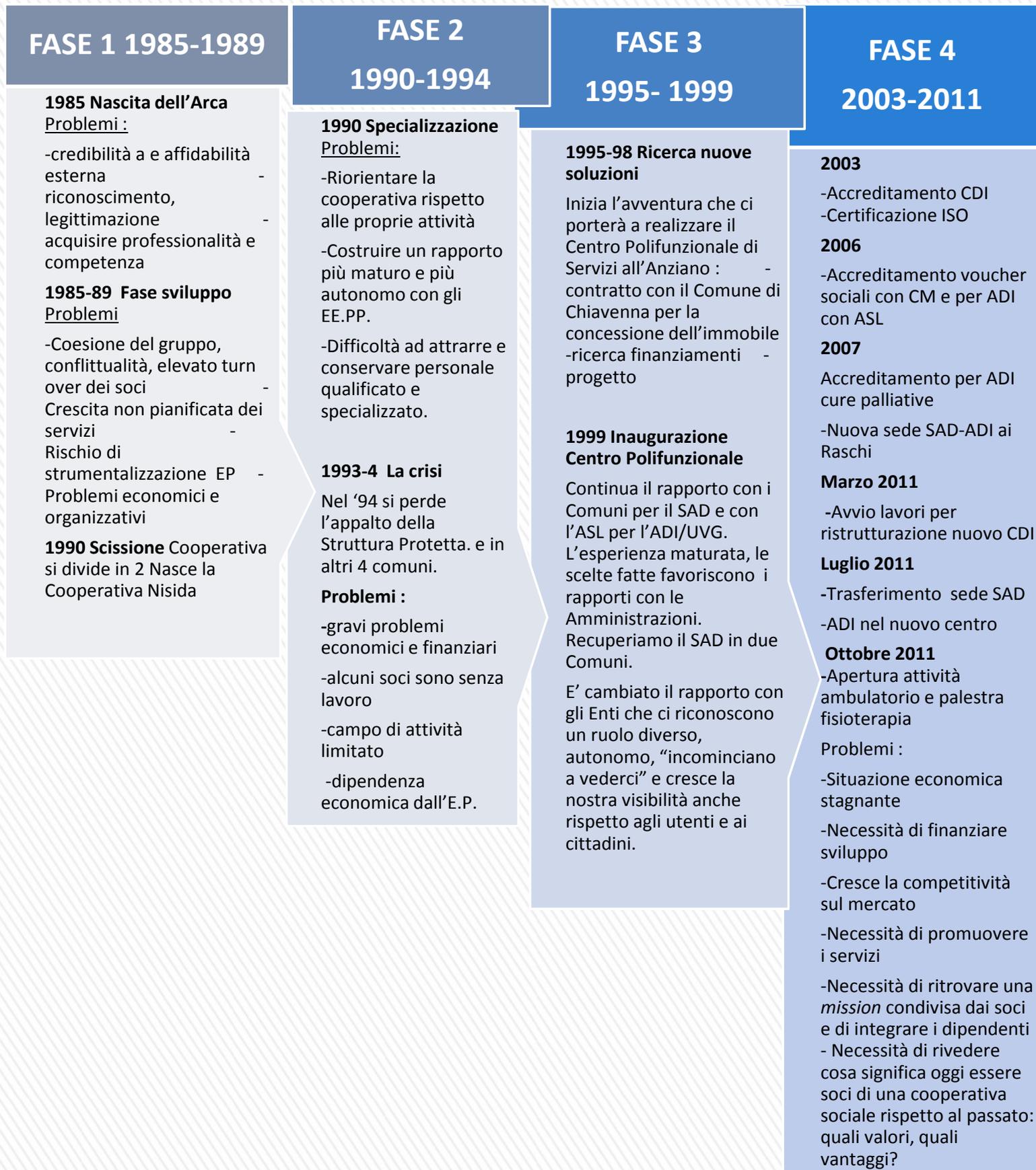
Dopo la perdita dell'appalto con la Casa di Riposo e con alcuni comuni per il SAD, i soci dell'Arca comprendono ciò che diventerà fondamentale nel futuro cammino della Cooperativa e cioè la necessità di lasciare la strada delle certezze legate al rapporto con gli EE.PP. per imboccare quella più impervia dell'autonomia di gestione e dell'assunzione del rischio di impresa.

Inizia così la progettazione e realizzazione del Centro Polifunzionale di Servizi all'anziano, inaugurato nel 1999.

Da allora la Cooperativa opera prevalentemente attraverso servizi privati o accreditati (SAD,ADI, CDI), non rinunciando mai a ripensare la propria offerta in relazione all'evolversi dei bisogni del territorio.



Di seguito illustriamo graficamente le diverse fasi di sviluppo della Cooperativa.



## Comunità di accoglienza temporanea

Attiva dal giugno 1999, la Comunità di accoglienza, è un servizio residenziale a carattere temporaneo o a lunga permanenza, rivolta ad anziani con diversi gradi di disabilità, ma con situazioni sanitarie stabilizzate.

L'obiettivo di questo servizio consiste nel favorire la permanenza della persona nel proprio ambiente, in una **residenza alternativa** che ricalchi le caratteristiche del **contesto domestico**, arricchito da occasioni di socializzazione e vita comunitaria, da servizi di sostegno alla quotidianità o di protezione leggera.



Nata per accogliere un numero ridotto di anziani (inizialmente 14), la CA nel tempo si è ampliata fino ad arrivare a 24 posti letto, una dimensione che, se ha permesso da una parte un equilibrio economico, dall'altro ha mostrato una certa criticità, su cui ci si sta interrogando.

Nella CA viene garantita l'assistenza professionale da parte di ausiliari socio-assistenziali per l'intera giornata e l'animazione, da parte di un'educatrice. L'accoglienza è integrata da servizi sanitari anche di discreta intensità. Analogamente a quanto accadrebbe se la persona continuasse a vivere nella sua residenza abituale, possono essere attivati i normali servizi territoriali (MMG, ADI) integrati da interventi di operatori sanitari interni (IP, Medico della struttura).

La differenza sostanziale rispetto alla RSA, oltre che nelle ridotte dimensioni, sta nella *mission* e nella filosofia operativa, più orientate a **favorire l'indipendenza** che verso cure sanitarie e infermieristiche di maggior impegno professionale.

Anche per questo motivo, **gli obblighi normativi sono inferiori** e si prevede che i residenti siano contrattualmente obbligati a trasferirsi in un'altra struttura in caso di aggravamento stabile delle condizioni sanitarie.

L'esperienza non ha però dimostrato limiti sostanziali nella capacità di accogliere e gestire persone anche con esigenze più impegnative (demenza, problemi comportamentali di livello moderato, fine della vita, disabilità, malattie di lunga durata) pur sottolineando la necessità di una maggiore attenzione alla qualità dei servizi erogati. Piuttosto viene segnalata l'importanza della qualità della relazione, anche affettiva, fra operatori, famiglie e anziani residenti.

La CA, nel 2011 ha avuto un buon tasso di saturazione dei posti letto (92,7%), lievemente inferiore alla media degli ultimi anni (95%), ma in ripresa rispetto al 2010 (90,7%). Tendenza che si conferma nei primi mesi del 2012, segno che il servizio, malgrado i costi, continua ad essere una risorsa utile e apprezzata dagli anziani e dalle famiglie, nonostante la crisi economica e la concorrenza.

Da ricordare infatti che da novembre 2011 l'Istituto Sacra Famiglia di Mese ha riaperto le ammissioni, con 28 posti letto.

Gli utenti che hanno usufruito del servizio sono stati n°53, contro i n°52 del 2010.

ultimi anni, anche se si è cercato di limitare il più possibile l'ammissione di ospiti con gravi disabilità o demenze. Per la prima volta sono state richieste accoglienze di persone tumorali, terminali (n°2 casi), che sono state gestite senza grossi problemi.

Il gruppo si è interrogato sull'opportunità di dare risposta anche al fine vita, che richiede un impegno assistenziale maggiore e un'intensità emotiva notevole.

La questione è ancora aperta, ma, anche se si esclude la possibilità di accogliere malati terminali, resta aperta la possibilità di assistere i residenti che dovessero trovarsi nella condizione di terminalità, a patto di rivedere temporaneamente l'organizzazione (intervento delle cure palliative ma anche potenziamento del servizio) e di formare il personale.

Rispetto all'accoglienza di persone con demenza, esclusi i disturbi gravi del comportamento, si ritiene che la CA possa essere una risposta appropriata, a condizione di rivedere l'organizzazione e gli spazi.

A tale proposito è stato presentato un progetto alla Fondazione Tirelli e Pro Valtellina, per la realizzazione di una comunità alloggio dedicata alle persone con demenza lieve- media, ispirata all'esperienza di «Ferma il tempo» del CDI. Proprio in questi giorni è pervenuta la notizia dell'assegnazione di un contributo di 9.000 €. che serviranno per adeguare gli spazi e completare impianti e arredi (separazione impianto di chiamata, acquisto di letti, lavori edili, ecc.).

## Criticità

Tra le criticità rilevate, quella più sentita è la necessità di strutturare meglio la copertura sanitaria, che appare troppo «leggera» in occasione di epidemie influenzali, eventi critici (cadute, malori, ecc.), visite di medici esterni e del 118. Se la copertura infermieristica appare sufficiente per gestire la quotidianità, diventa infatti subito carente nei casi sopracitati, anche perché la presenza del medico della struttura, è limitata ad alcune ore settimanali, anche se è disponibile ad intervenire in caso di necessità nelle ore diurne e feriali.

Per risolvere il problema è stato proposto un potenziamento dell'orario delle infermiere, alcuni pomeriggi e la reperibilità infermieristica in occasione di malattie, malori cadute, che può diventare presenza in alcuni periodi particolari.

Altro aspetto su cui si è aperta la riflessione è la ricerca della dimensione ideale della CA, che possa garantire sia un'assistenza adeguata che la sostenibilità economica. Legata a questo aspetto è la necessità di creare alcune camera singole per dar risposta agli uomini e/o alle persone che non possono condividere la camera con altri.

Resta da valutare l'impegno assistenziale, in considerazione della tipologia di ospiti che si intende privilegiare nel prossimo futuro, se un'utenza più «leggera» o se continuare a dare risposte anche a soggetti più compromessi.

Da ultimo si impone una rilettura del servizio per renderlo più adeguato all'evoluzione della domanda.

Altra esigenza che si è confermata nel 2011 è la necessità di avere un fisioterapista stabile, che possa soddisfare le esigenze riabilitative e di movimento degli ospiti, ma che possa anche diventare un punto di riferimento stabile relativamente alla movimentazione dei pazienti e alla prevenzione delle lombalgie nel



## Soddisfazione del cliente

Campione 32 ospiti su 53

Complessivamente viene dato un giudizio positivo (22) o molto positivo (10) da parte di tutti gli ospiti (100%) L'organizzazione viene ritenuta in grado di rispondere tempestivamente ai bisogni e reclami (100%) e di rispettare le abitudini degli ospiti (100%). I nuovi utenti hanno giudicato buono il livello di informazione ricevuto al momento della richiesta e dell'accoglienza e chi ha avuto rapporti con gli uffici amministrativi li ha giudicati positivamente. Anche per quanto riguarda le attrezzature in dotazione sono giudicate appropriate (100%), così pure l'orario dei pasti sia adatto alle loro abitudini (100%). Tutte del attività del Centro vengono apprezzate, quelle riabilitative e motorie (69%) e quelle di animazione (63%). Il rapporto con le diverse figure professionali appare buono o molto buono:

- Medico 100%
- Infermiere (96,9%)
- Personale di assistenza (96,9%)
- Fisioterapista (71,9%)
- Animatore (84,4%)

Gli Ospiti giudicano buono o molto buono il livello di pulizia e lavanderia (100%) ed esprimono un buon gradimento del vitto, sia rispetto alla varietà, quantità e alla qualità della dei cibi preparazione (100%).

In collaborazione con la Fondazione CARIFE LO e SC3 La Meridiana 2, sulla residenzialità leggera, per conoscere le diverse realtà lombarde e proporre un modello comune alla Regione. La ricerca si propone di condividere un linguaggio e una terminologia appropriata, migliorare la sostenibilità e la replicabilità dell'esperienza e promuovere un cambiamento normativo coerente.

Le ipotesi di lavoro della ricerca partono da alcune affermazioni, che riportiamo perché riteniamo utili per arricchire la riflessione sul futuro della CA:

a) Si tratta di buone soluzioni

b) In via di diffusione in molti paesi ad economia avanzata

c) Gradite alle persone, ai gestori e ai programmatori pubblici

d) Più economiche e facili da gestire delle soluzioni residenziali tradizionali

e) Con alcuni limiti di sostenibilità economica e di replicabilità

f) Superabili attraverso modificazioni dei comportamenti organizzativi dello scenario normativo e del contesto culturale

g) In grado di accompagnare il processo naturale di invecchiamento

h) In modo sussidiario alle risorse delle famiglie, della comunità e della rete dei servizi

i) Fino a rappresentare una possibile alternativa ai servizi residenziali a maggiore impronta istituzionale e sanitaria

j) Da verificare nella qualità degli esiti e della risposta alle domande emergenti



Regione, nell'ambito della residenzialità leggera. Si è già ottenuto l'appoggio dell'ASL e dell'Ufficio di Piano della Comunità Montana rispetto alla sperimentazione. Oltre che una condivisione sul piano generale si è già avuta una disponibilità ad integrare i servizi della CA con il SAD e l'ADI.

Entro ottobre 2012 si conta di presentare la proposta in Regione. Nel frattempo si stanno mettendo a punto gli orientamenti che dovranno guidare la sperimentazione, a partire da alcuni spunti di riflessione che nascono dall'esperienza.

Si tratta di sperimentare soluzioni in sintonia con la domanda attuale e futura (desideri delle persone, esigenze delle famiglie) e promuovere un cambiamento coerente con queste esigenze: dei modelli organizzativi, della qualità delle risposte, delle soluzioni architettoniche.

La Regione, pur con molta diffidenza, sta guardando a queste nuove unità di offerta intermedie fra domicilio e RSA. Per questo si tratta di costruire modelli e prassi coerenti con la domanda locale, ma anche le regole e gli scenari proposti dal programmatore regionale, con particolare riferimento alla riforma in atto dei servizi di sostegno alla domiciliarità, all'integrazione nel sistema ADI/Voucher, alle relazioni con CEAD e servizi di cure primarie, alla partecipazione ai programmi di dimissione protetta o di accoglienza e sostegno di sottogruppi di popolazione particolari.

Nel corso de 2012, quindi tutta l'attenzione sarà rivolta al progetto di sperimentazione, che si intende condividere, oltre che con le istituzioni, con i soci che operano nel servizio e con i familiari e gli ospiti. Coinvolgere i soggetti portatori di interesse e i beneficiari dei suoi risultati e ottenerne il consenso, permetterà di individuare con maggior precisione le esigenze e garantire una maggior fattibilità e sostenibilità del progetto.



Il CDI nel 2011 ha avuto un lieve calo di presenze rispetto all'anno precedente, ma si è attestato su un buon livello di frequenza, confermando l'utilità del servizio per le famiglie che continuano ad essere una risorsa per l'anziano, ma che richiedono l'inserimento diurno del proprio congiunto per motivi di lavoro, sollievo o perché ritengono stimolate la partecipazione alle diverse attività.

Gli ospiti che hanno frequentato il CDI nel 2011 sono stati 25, come nel 2010, ma con una lieve flessione delle presenze (2579 gg vs 2881gg del 2010).

Il CDI, condivide da sempre gli spazi e le attività con la CA, tanto che è difficile distinguere, durante il giorno, i due servizi. Questo aspetto da sempre ha avuto sia aspetti positivi (integrazione, stimolazione, ecc.) che criticità (spazi troppo ristretti, indifferenziazione, coabitazione). Le criticità sono aumentate con l'arrivo di un nutrito gruppo di persone con demenza, tanto che dal 2009 è stato necessario dividere due gruppi attraverso il progetto «Ferma il tempo», una proposta innovativa di assistenza ai malati di demenza, secondo i nuovi approcci non farmacologici.

### Progetto «Ferma il Tempo»

L'asse portante del progetto è rappresentato da due ASA, che condividono con gli ospiti tutta la giornata, affiancate in alcuni momenti da altri professionisti (Educatore, FKT, Operatore Validation). Sono state mantenute le attività di stimolazione cognitiva, attività motorie, stimolazione sensoriale, laboratorio narrativo e attività domestiche.

Il successo del progetto, che rappresenta un'esperienza unica in provincia, consiste nel rallentamento del decadimento cognitivo, nell'abbassamento dei disturbi comportamentali e, in generale, in una maggior tranquillità degli ospiti coinvolti nel progetto, anche se caratterizzati da livelli cognitivi piuttosto compromessi.

L'unica criticità è rappresentata dagli spazi troppo ristretti per soggetti che necessitano di muoversi in libertà.

Per tutti questi motivi la Cooperativa ha deciso di realizzare un nuovo CDI specializzato nel trattamento delle demenze. Si sta valutando di mantenere il modello di «Ferma il tempo»

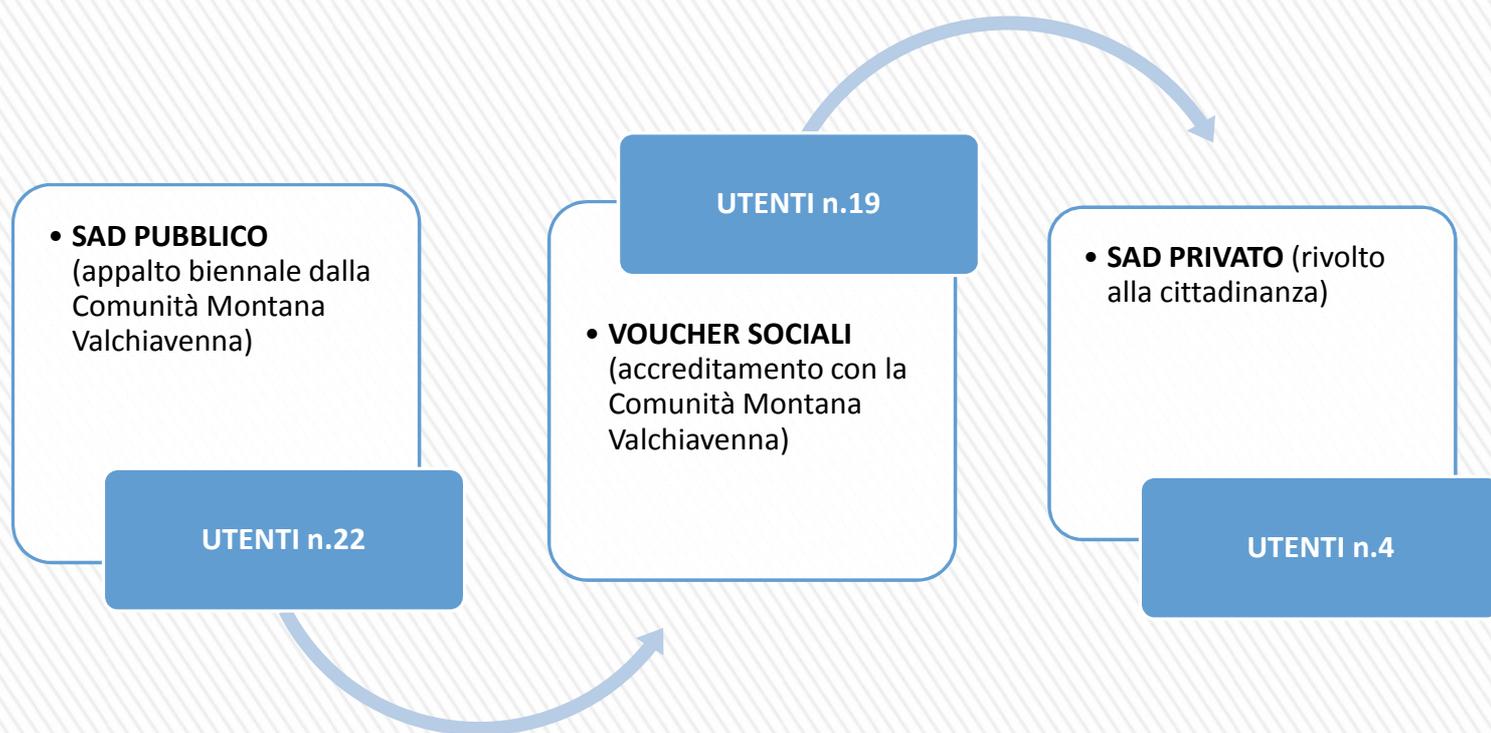
adeguandolo alla nuova realtà, all'interno della CA.



### Soddisfazione dell'utenza

- 22 questionari su 25
- 21 persone si ritengono soddisfatte o molto soddisfatte del CDI, 1 poco soddisfatto
- 17 si ritengono soddisfatti del medico e FKT
- 20 si ritengono soddisfatti dell'animatrice
- 22 si ritengono soddisfatti dell'IP e ASA
- 21 esprimono liberamente i propri bisogni
- 20 si sentono coinvolti nelle decisioni
- 21 sono soddisfatti del vitto
- 22 sono soddisfatti dei livelli di pulizia
- 22 ritengono che le abitudini vengono rispettate
- 21 si ritengono soddisfatti degli orari di funzionamento, ma 14 frequenterebbero anche il sabato e la domenica
- 21 ritengono utile il CDI. 1 lo ritiene limitato

Il servizio si articola in tre unità operative distinte, legate a diverse modalità di erogazione, che però fanno capo ad unica équipe, formata da Coordinatore-AS e ASA:



Nel corso dell'anno si è assistito ad un netto calo dell'utenza e delle ore di servizio, dovuto in parte a uscite fisiologiche (decesso, ricovero in RSA, aggravamento) e in parte per effetto dei tagli alla spesa pubblica.

I tagli si sono verificati in particolare nell'ambito dei servizi accreditati e privati, mentre il SAD pubblico, composto da un'utenza a basso reddito e a elevata criticità sociale, è lievemente cresciuto.

Il fatturato del SAD si è quindi incrementato rispetto al 2010 ( 63.973,81 vs 57.840,58), mentre quello relativo ai voucher sociali è sceso (60.359,21 vs 86.374,25).

I servizi privati sono diminuiti per ragioni diverse, (6.827,56 vs 19.156,82) ma in ogni caso risultano fuori mercato rispetto alla concorrenza (di circa 2/3 € all'ora) e al privato «in nero» che continua ad essere una risorsa facilmente reperibile. Per ovviare al problema si è cercato di introdurre tariffe differenziate, abbassando i costi sul Comune di Chiavenna, ma con scarso successo.



Il taglio dei servizi, ha avuto come esito il licenziamento di tre operatori, a scadenza dei contratti a tempo determinato. Pertanto si è ripartiti nel 2012 con un organico ridotto a n.5 ASA.

A fine anno L'Arca si è aggiudicata l'appalto per il SAD pubblico, fino al 2013, spuntando anche un corrispettivo migliore rispetto agli anni precedenti.

Nonostante i tagli alla spesa pubblica, tuttavia i Comuni e la Comunità Montana Valchiavenna, hanno deciso di confermare per il 2012 i servizi erogati nel 2011, dando prova di grande sensibilità.

Si illustrano di seguito gli esiti della customer satisfaction, evidenziando gli item più significativi. Il campione era composto da 16 utenti voucher sociali, 19 del SAD e 2 privati (37).

- RISPETTO ALL'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO
  - 7 sono molto soddisfatti
  - 30 si ritengono soddisfatti
- RISPETTO AL TURNOVER:
  - 13 si ritengono soddisfatti, in quanto rientra nell'organizzazione del servizio
  - 24 ritengono che vi siano stati pochi cambiamenti
  - In nessun caso il cambio di operatore ha provocato problemi, tranne in un caso.
- RISPETTO AL PERSONALE:
  - 19 si ritengono molto soddisfatti
  - 17 si ritengono soddisfatti
  - 01 si ritiene poco soddisfatto, della sostituta
- La soddisfazione rispetto al pasto consegnato dalla cooperativa è piena.
- SODDISFAZIONE COMPLESSIVA:
  - 08 si ritengono molto soddisfatti del servizio (tutti i privati, 2 voucher sociali e 4 SAD)
  - 29 si ritengono soddisfatti
- Solo 2 persone lamentano qualche problema:
  - 1 la mancata comunicazione dei cambiamenti di orario
  - 1 insoddisfazione verso un operatore, durante una sostituzione.



Non vi è dubbio che la qualità della vita di una famiglia e delle singole persone è innanzitutto la qualità della vita quotidiana, intesa sia come l'intreccio di necessità, desideri e progetti che caratterizzano il giorno dopo giorno, sia come la possibilità di contare su un mix di risorse, opportunità e servizi che consentano di rispondere non solo ai bisogni materiali ma anche ai bisogni immateriali e in particolare a quelli relazionali. Tutto ciò ha come scenario i luoghi del quotidiano: la casa, l'ambiente sociale, la comunità di appartenenza quali orizzonti che contraddistinguono e circoscrivono il mondo abituale di vita.

Se la **casa** riveste importanza per la persona adulta, lo è ancora di più per l'anziano o il disabile, il quale ha creato con essa un legame prezioso perché generatore di ricordi del suo passato. Ma l'abitare e la domiciliarità, benché abbiano nella casa il loro primo punto di riferimento, non riguardano soltanto questa, bensì tutto il **contesto territoriale**, fatto di relazioni, di luoghi noti e provvisti di significato nella vita quotidiana. Una casa, dunque e il "suo dintorno" (M. Scassellati) quale diritto, soprattutto per la popolazione più fragile come è la grande età anziana, di abitare un luogo in cui ci si riconosce e in cui poter contare su qualcuno e per qualcuno.

Obiettivo della domiciliarità è quindi **attivazione del contesto territoriale**, dalla famiglia alle relazioni con la comunità locale.

Realizzare la domiciliarità passa anche attraverso un impegno alla **rivitalizzazione delle reti di vicinato**, affinché le famiglie possano contare su una **solidarietà della comunità**, ma anche in assenza di una valida rete familiare, sia possibile **ricreare una rete** di nuove figure esterne, ma non estranee, sulle quali le persone più fragili possano contare al momento del bisogno: i **vicini, gli amici, i volontari**, figure significative della realtà del quotidiano, che gli utenti del servizio finiscono per assimilare in tutto e per tutto ai loro familiari.

La Cooperativa intende **investire in direzione del lavoro di comunità**, attraverso:

-La **promozione e il supporto alle reti di vicinato** attraverso una progettualità che preveda il monitoraggio costante degli anziani e degli adulti fragili che vivono soli attraverso:

a) la collaborazione attiva dei vicini di casa con funzioni di "sentinella" per i servizi territoriali;

b) campagna promozionale e/o corso di formazione sulla solidarietà di vicinato che coinvolgano anche le Scuole e le diverse agenzie di territorio (associazioni, sindacato, ecc.) (Progetto "Quelli della porta accanto").

-Il **radicamento territoriale da parte degli operatori coinvolti (ASA)**, che consente, non solo risparmi sui tempi di spostamento rispetto a cui l'attenzione è ampiamente presente, ma soprattutto la possibilità di considerare tali figure anche come **piccoli promotori di rete**, che possono innescare preziose relazioni di prossimità e scambi di mutualità in grado di punteggiare pesanti solitudini e rinforzare la fragilità di alcune situazioni.

-La **co-costruzione sociale di opportunità e disponibilità solidaristiche o di tipo informale**, connesse all'ambito della socialità e delle relazioni sociali quale espressione del volontariato o dell'associazionismo locale.

-Una **linea telefonica di supporto**, organizzata presso la sede della cooperativa, rivolta agli utenti del servizio ma allargata anche agli altri anziani o soggetti fragili soli.

-La capacità di **flessibilizzare il servizio** e di **far fronte alle emergenze** attraverso una copertura oraria adeguata alla situazione, attraverso accessi (programmati e di emergenza) anche nelle ore notturne (Progetto "Fuori orario").

La qualità dei servizi assistenziali gestiti dalla Cooperativa con preciso riferimento ai valori ed ai principi fondamentali ai quali si orienta, richiedono l'utilizzo di strumenti e metodologie che consentano di documentare l'evoluzione del bisogno di ogni singolo utente che usufruisce dei servizi affidati, al fine di progettare interventi coerenti ai bisogni e che consentano un continuo monitoraggio della qualità del servizio offerto.

Il servizio quindi deve dotarsi di piani, programmi, strumenti di coordinamento e progetti di lavoro che consentano di integrare l'azione dei diversi attori (PAI, Lavoro in équipe, documentazione adeguata).

Altro aspetto metodologico importante per la Cooperativa è l'attenzione al **coinvolgimento e alla partecipazione dell'utente e della famiglia** nelle diverse fasi dell'intervento: nella rilevazione del bisogno, nella definizione degli obiettivi del PAI e nella verifica dell'intervento e nella valutazione del servizio.

In questo contesto la **qualità professionale** e la **formazione** del personale assumono un ruolo strategico per la Cooperativa che, gestendo servizi alla persona, investe sulle risorse umane

buona parte dei propri sforzi. Pertanto grande attenzione viene rivolta ai criteri di reclutamento di eventuale nuovo personale e alla qualificazione e all'aggiornamento del personale in servizio.

- Il tema centrale del progetto è individuato nella necessità di **strutturare ed organizzare una presenza volontaria** che garantisca alle persone anziane sole, ma anche alle persone adulte con fragilità sociale, la possibilità di rimanere presso il proprio domicilio, potendo contare sull'accoglienza della comunità locale e su una relazione di vicinato attenta e sollecita.

- **AZIONI**
- Mappatura delle realtà aggregative e di volontariato e costituzione gruppo di lavoro
- Formazione dei volontari
- Attività informativa circa la nuova funzione attraverso il coinvolgimento del Comune e le strutture di pubblica utilità quali farmacie, medici di base, servizi socio sanitari, Parrocchie, Centri Anziani, ecc.
- Attivazione concreta della funzione a rete ossia di cittadini "vicini di casa" con il supporto e la supervisione della Cooperativa, che si configura anche da punto di riferimento tecnico e per ogni emergenza.
- **ATTIVITA':**
- a) Presidio della situazione attraverso telefonate e/o visite periodiche a domicilio.
- b) Offerta di piccoli sostegni quotidiani (spesa, accompagnamento, compagnia)

## Progetto «Meno male che c'è il vicino»



- Tra gli scopi del progetto quelli di :
- progettare e sperimentare nuovi servizi integrati pubblico-privato in condizioni di emergenza, di sostituzione o supporto specialistico al lavoro privato di cura;
- Si tratta di un servizio in cui si integrano aspetti professionali e di volontariato per dare una risposta nelle situazioni di urgenza agli utenti del SAD, ma anche alle famiglie che si sono autorganizzate attraverso il ricorso alle assistenti familiari.
- La Cooperativa in pratica organizza un nucleo di "pronto intervento" costituito da Assistenti Familiari assunte direttamente, con contratti flessibili (lavoro intermittente o a chiamata, operatori reperibili, ecc.) e da volontari della cooperativa che possono intervenire rapidamente per:
  - assicurare la copertura del servizio in caso di emergenza (non sanitaria) per un'intera giornata o durante la notte;
  - assicurare la sostituzione delle "Badanti" che per qualsiasi motivo lasciano improvvisamente scoperto il servizio da un utente;
  - coprire, con interventi programmati, le ore di riposo o le ferie delle "Badanti"

## Progetto «Fuori Orario»



Il servizio si è stabilizzato e nel 2011 ha avuto un ulteriore sviluppo, passando da un fatturato di €178.533,04 nel 2010 a €197.146,71 nel 2011, soprattutto per l'espansione delle cure palliative.

Gli utenti dei voucher e credit, quindi con prestazioni continuative per almeno un mese, sono stati n.81, mentre le estemporanee in totale sono state n.2435, per una media di c.a. 350 pazienti.

A fine anno una delle infermiere, già pensionata, ha cessato il servizio e non è stata sostituita, in quanto la Coordinatrice, l'IP Silvani Lara ha lasciato l'incarico, utilizzando tutto il suo monte ore sul servizio operativo. L'incarico di Coordinamento per il 2012 è stato assegnato alla Coordinatrice del SAD, Giusy Vanoni.

Nel 2011 sono proseguite le convenzioni con specialisti, confermate anche per il 2012 (Geriatra, Fisiatra, Psicologo)

A cinque anni dalla decisione di cominciare ad operare nel campo sanitario, si può tirare un bilancio ampiamente positivo, sia sul versante economico che rispetto alla qualità del servizio. Il timore di compiere un passo azzardato, si è stemperato alla luce dei fatti e grazie all'equipe, fortemente motivata.

Nonostante una concorrenza organizzata e aggressiva, L'Arca, ha continuato ad incrementare il servizio, che ora si è stabilizzato su un livello, che consente di mantenere gli attuali livelli di personale e ha acquisito credibilità anche presso i Medici di medicina generale.

Le prestazioni più frequenti sono state: prelievi, medicazioni, flebo, cambi catetere, ma anche prestazioni riabilitative.

Fra le prestazioni specialistiche, sono state richieste n°2 consulenze fisiatriche, mentre nessuno ha richiesto visite geriatriche o consulenze psicologiche.

Il servizio è stato continuativamente monitorato attraverso le riunioni di equipe e la verifica dei PAI.

La visita ispettiva dell'ASL, rispetto ai requisiti di accreditamento e appropriatezza, ha dato esito positivo.



Nato nel 2007, quasi in modo residuale, il servizio di cure palliative nel tempo è diventato il «cuore» dell'assistenza domiciliare.

Le cure palliative consistono nell'assistenza dei pazienti terminali quando la malattia non risponde più alle terapie ed il controllo del dolore, dei sintomi, degli aspetti emotivi e spirituali e dei problemi sociali diventa predominante.

Le cure palliative rispettano la vita e considerano il morire come un processo naturale. Il loro scopo è quello di garantire la migliore qualità di vita, sino alla fine.

Cosa garantisce l'ADI Cure Palliative?

- la possibilità per il paziente di essere assistito nella propria abitazione
- terapie per il controllo del dolore e degli altri sintomi e supporto psicologico e sociale
- la possibilità di condividere sentimenti ed emozioni connessi alla malattia.

Gli elementi di forza del nostro modello:

**-Copertura territoriale:** il servizio è attivo in tutti i comuni della Valchiavenna, consentendo l'accesso al servizio anche ai pazienti residenti in località dislocate (ex. Madesimo).

**-Continuità delle cure del paziente e della famiglia :**dalla fase di avvio, attraverso l'ADI, fino ai momenti di crisi e alla morte.

**-Copertura 24/24 h.:** un' assistenza infermieristica quotidiana al domicilio di ciascun paziente ed una reperibilità costante 24/24 h. per 365 giorni l'anno, assicurano la continuità della cura.

**-Integrazione:** il Medico può esercitare il suo ruolo di responsabile terapeutico, già inserito in una rete di supporti che vanno dagli specialisti, agli esami strumentali, alle dimissioni protette

**-Équipe:** Medico e infermiere si costituiscono come nucleo minimo sul singolo paziente e sul singolo programma e organizzano con notevole autonomia il loro lavoro e la comunicazione. L'équipe viene integrata di volta in volta con gli operatori ritenuti necessari(Specialista in CP, ASA/OSS, FKT, Psicologo, AS).

**-Formazione continua** del personale sia attraverso la supervisione interna che la fruizione di corsi esterni.

I pazienti delle cure palliative nel 2011 sono stati n.25. Sono tuttavia ancora troppe le persone che affrontano la fase conclusiva della vita afflitte da gravi sofferenze, del tutto inconsapevoli della possibilità di contenere, se non sconfiggere, il dolore.



*Le cure palliative ci sono.  
Per aiutare chi sta per terminare la  
propria esistenza e chi gli è accanto, per  
migliorare la qualità della vita,  
affermandone l'inestimabile valore, fino  
all'ultimo istante.*

| Titolo/Argomento   | Ente Gestore/   | Periodo                              | Ruolo  |
|--|---|--------------------------------------|--|
| Gli alimenti :nutrizione - igiene e salute e cenni di sicurezza sul lavoro                                       | Corso aziendale Coop L'Arca con Irecoop Lombardia           | dicembre 2010- gennaio 2011          | ASA SAD ADI  |
| Il ruolo del Coordinatore:comunicazione e marketing interno  | Corso aziendale Coop L'Arca con Coop Il Granello con CESVIP | gennaio-febbraio 2011                | Coordinatore CDI<br>Coordinatore ADI<br>Coordinatore SAD |
| Lavorare in gruppo   | Corso aziendale Coop L'Arca co Irecoop Lombardia            | febbraio-marzo 2011                  | 7 ASA<br>1 Coordinatore                                  |
| L'attività svolta in regime di ADI   | AIFI  | 12.02.2011                           | FKT  |
| Corso introduttivo di fisioterapia psicomotoria norvegese  | AIFI  | 5.03.2011                            | FKT  |
| La PNL   | AIFI  | 19/20-03-2011                        | FKT  |
| Cure Palliative:un progetto di assistenza globale. Corso per operatori sociali:OSS,Educatori, Assistenti Sociali | Associazione "Fabio Sassi " Airuno                          | 27-4/3-5/2011                        | Coordinatore SAD   |
| Il Tocco Massaggio:un'esperienza di cura e di comunicazione  | Associazione "Fabio Sassi " Airuno                          | 7-8-05-2011                          | ASA  |
| Riabilitazione stomatognatica  | AIFI  | 20/21/22.05.2011                     | FKT  |
| La schiena va a scuola   | AIFI  | 18.06.2011                           | FKT  |
| La Tracheobronco aspirazione   | AOVV Sondalo  | 17/09/2011 + parte pratica ott./nov. | ASA  |
| Sulle Ali del Sollievo   | Morbegno  | 5.11.2011                            | IP   |
| La morte   | RSA Chiavenna   |                                      | IP   |

## CRITICITÀ

Il servizio non ha avuto particolari criticità, al di là della «fatica» di «tenere insieme» un servizio così polverizzato e diffuso sui territori e così mutevole, che richiede un'estrema flessibilità organizzativa e personale. Inoltre la reperibilità 24/24,tutto l'anno, è un impegno gravoso, se immaginato su tre IP.

Nella seconda metà dell'anno, il servizio, a causa dell'aumento delle richieste, soprattutto nell'ambito delle cure palliative, ha avuto momenti di forte pressione, che avrebbero richiesto un aumento di personale, ma purtroppo resta critico trovare nuovo personale disposto a spostarsi in continuazione e cambiare rapidamente contesto, rispettando le regole impegnative che il regime di accreditamento richiede.

E' un problema dell'ADI, ma in realtà di tutto il settore domiciliare, in quanto il personale, soprattutto infermieri e ASA preferiscono lavorare in ospedale o in strutture, che garantiscono stabilità, una maggior standardizzazione delle prestazioni e minori responsabilità.

Occorrerà, stanti i livelli attuali di servizio, reperire almeno un'altra unità di personale infermieristico, per garantire una migliore distribuzione dei carichi di lavoro.



Tutto il sistema ADI sta per essere attraversato da profondi cambiamenti, in forza della nuova riforma del Welfare Lombardo.

### Criticità dell'attuale modello

L'attuale modello di erogazione dei servizi dell'ADI del Sistema Sanitario Lombardo presenta le seguenti criticità:

- La **valutazione** del bisogno degli utenti viene effettuata utilizzando scale diverse, talvolta anche nello stesso territorio della medesima ASL
- Le **figure professionali** coinvolte nelle singole fasi che compongono il processo dell'ADI, variano tra le diverse ASL
- livelli organizzativi** che operano nelle diverse fasi del processo ADI sono differenti tra le diverse ASL
- La stessa **concezione dell'ADI**, come emerge dalle prestazioni incluse, **non è omogenea** a livello regionale. Questa **disomogeneità** genera due rilevanti conseguenze:
  - » Risulta difficile avere una disponibilità di dati omogenea per la **programmazione** sia a livello regionale che a livello di ASL
  - » Mancano gli strumenti per **valutare l'appropriatezza** del servizio offerto

Per questi motivi, nel processo di riforma del welfare in atto in Regione Lombardia, è stata data priorità all'ADI, con l'obiettivo di introdurre principi di omogeneità, appropriatezza e programmazione centrata sul bisogno

### Gli obiettivi della rivisitazione del sistema dell'ADI:

- » **Inversione del modello di assistenza dall'offerta alla domanda**, fornendo gli strumenti agli utenti per una scelta consapevole e appropriata, cioè viene data all'utente la titolarità d'acquisto sul servizio: il cittadino è libero di scegliere che tipo di servizio acquistare e da quale erogatore acquistarlo
- » **Definizione non solo dei bisogni sanitari ma anche dei bisogni sociali**, nella declinazione globale che comprende anche la dimensione familiare
- » Garanzia sul territorio di un elevato livello di **integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, fornendo** continuità tra le diverse azioni di cura e assistenza e realizzando dei percorsi integrati,
- » **Riqualificazione della rete d'offerta territoriale esistente** nell'ottica di una nuova e più razionale offerta di prestazioni sul territorio
- » Individuazione di una regia unica a livello territoriale da parte di un soggetto in grado di garantire un'**omogenea valutazione dei bisogni, una presa in carico globale integrata e continuativa**

Il nuovo assetto richiederà nuove regole per l'accreditamento del servizio, che sono all'esame della Regione e si concretizzeranno entro il 2012.

## Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative Oncologiche

A dicembre 2011 è stata stipulata una convenzione con l'Azienda Ospedaliera Valtellina e Valchiavenna per il servizio di Ospedalizzazione Domiciliare a favore malati oncologici.

Il servizio è simile alle cure palliative domiciliari, ma con una prevalenza delle figure sanitarie (IP fornite dalla Cooperativa e Medici forniti dall'AOVV); non è prevista la reperibilità notturna da parte delle IP e non è previsto il supporto dell'ASA.

Il nuovo servizio compete l'offerta domiciliare e costituisce un'opportunità per i casi complessi e per i casi in cui il MMG non attiva le cure palliative.

Nonostante la convenzione sia partita in dicembre, non si sono avuti casi di OD nel 2011



Il servizio riabilitativo privato fa parte di una più complessa offerta socio sanitaria privata che la Cooperativa sta strutturando.

### **Mission**

La *mission* del Centro è quella di rispondere ai bisogni socio sanitari e riabilitativi delle persone di ogni età, attraverso visite specialistiche, valutazioni fisioterapiche, consulenze professionali, formazione.

Il Centro non è solo un poliambulatorio ma un luogo in cui si contribuisce al benessere della popolazione con l'obiettivo di rendere le persone (il più possibile) consapevoli della propria salute, offrendo percorsi individuali e di gruppo.

### **Obiettivi**

Gli obiettivi del Centro sono quelli di :

- Ampliare la gamma di servizi socio sanitari alla popolazione.
- Offrire consulenza e sostegno nella scelta del percorso di cura più appropriato per la propria situazione.
- Promuovere stili di vita salutari attraverso campagne informative e corsi di formazione
- Coordinare gli interventi socio sanitari sul territorio



Si è partiti in ottobre con gruppi riabilitativi, posturali e per il mal di schiena e con l'attività riabilitativa ambulatoriale privata.

Gli utenti dei gruppi riabilitativi sono stati n. , mentre quelli dell'ambulatorio di fisioterapia sono stati n.

Si prevede di estendere l'attività socio sanitaria stipulando convenzioni con specialisti medici (Fisiatra, Ortopedico, Neurologo, Agopuntura, ecc.) e con altri professionisti (Psicologo, Neuropsicologo, Podologo, ecc.)

Accanto all'attività socio sanitaria specifica, il Centro si candida ad essere un luogo di formazione e di incontro per le famiglie e i gruppi.

Il Direttore sanitario è il Dr. Alfredo Ravasio. Il servizio riabilitativo è partito con la FKT Gina Smyth Gardner, a cui si è affiancata dal 2012 la FKT Pansoni Lorenza.

# Soggiorno Marino Anziani

Il Soggiorno Marino Anziani, gestito direttamente dalla Cooperativa dal 2004.), dal 2010 viene svolto in collaborazione con Sinferie (CISL) che si occupa degli aspetti logistici (ricerca strutture alberghiere, trasporto, ecc), mentre alla Cooperativa resta l'organizzazione e la gestione del

gruppo. Il Soggiorno Marino Anziani, gestito direttamente dalla Cooperativa dal 2004.), dal 2010 viene svolto in collaborazione con Sinferie (CISL) che si occupa degli aspetti logistici (ricerca strutture alberghiere, trasporto, ecc), mentre alla Cooperativa resta l'organizzazione e la gestione del gruppo.

Dal 2010 si è deciso di provare a cambiare zona, scegliendo la Riviera Adriatica.

Nel 2011 gli anziani che hanno partecipato al Soggiorno Marino sono stati n. 45, qualcuno in meno rispetto al passato.

Si tratta di capire se la diminuzione è imputabile al cambio di località, ai costi, alla collaborazione con Sinferie o ad un superamento della formula stessa del soggiorno.

Per il 2012 è stato già confermata la stessa località. Se dovesse perdurare una diminuzione dei numeri si deciderà di ritornare sulla Riviera Ligure, che pure meno attrezzata di quella romagnola, sembra essere maggiormente richiesta dagli anziani.



## Nuovo CDI specializzato nel trattamento delle demenze

L'idea di realizzare un Centro Diurno specializzato nel trattamento delle demenze nasce da alcune considerazioni di tipo statistico e di carattere sociale e da alcune riflessioni sull'esperienza condotta in questi anni dalla Cooperativa su gruppi di anziani affetti da demenze (Ferma il tempo).

Nel corso del 2011 sono stati avviati i lavori di ristrutturazione che hanno portato al completamento del 1° piano a giugno, che ha consentito il trasferimento della sede del SAD e l'avvio dell'attività riabilitativa, grazie anche al contributo della Fondazione Tirelli e Pro Valtellina sul Progetto «Generazioni» che ha permesso di arredare e attrezzare palestra e ambulatori.

La Cooperativa si è attivata nella ricerca di finanziamenti e contributi, ottenendo dal BIM, su proposta dei comuni e della Comunità Montana, un contributo di 50.000,00 €.

La richiesta avanzata agli imprenditori locali ha permesso di raccogliere solo un contributo di 1.000 €. concesso dalla ditta Rossi fiorista.

La richiesta di FRIM non è andata a buon fine ed è stata ripresentata nel 2012.

Si è invece proceduto alla ricapitalizzazione tramite Jeremie, che con i suoi 108.000,00, pur non modificando il conto economico, ha permesso di migliorare la situazione finanziaria, limitando l'esposizione bancaria.

A fine anno sono stati affidati i lavori alle imprese, che hanno avviato la ristrutturazione nella primavera 2012.

Si prevede di ultimare i lavori prima dell'estate 2012.



Grazie a tutti i soci per  
averci creduto!

## 4.1 IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Consiglio di Amministrazione e l'Assemblea dei Soci sono metaforicamente ingranaggi, che devono sempre integrarsi e muoversi in sincronia, producendo un movimento armonico.

Il nuovo CdA è stato nominato nel 2011 è composto da n° 6 membri e durerà in carica per tre anni.



RAVASIO ALFREDO Presidente



VANONI GIUSEPPINA Vice Presidente



BIRRER MARGRIT Consigliere



DEL RE ELENA Consigliere



FURIC FIJORELA Consigliere



PASINI GUIDO Consigliere esterno

Il CdA è presieduto dal Presidente, che è anche il legale rappresentante della Cooperativa. Le riunioni sono verbalizzate. Il CdA è investito dei più ampi poteri per la gestione della società. E' l'organo decisionale attraverso il quale si concretizzano le strategie della Cooperativa, mediante l'organizzazione e l'allocatione delle sue risorse umane, finanziarie ed immobiliari. Il CdA della cooperativa nell'anno 2011 si è riunito 9 volte e la partecipazione media è stata del 95% .

L'Assemblea dei Soci è costituita da tutti i soci. E' l'organo guida e delinea la visione, la missione della Cooperativa e gli orientamenti strategici cui devono sottostare tutti gli organismi inferiori sia politici che operativi. L'Assemblea Ordinaria dei Soci, che deve avere luogo almeno una volta all'anno, approva il Bilancio d'Esercizio e il Bilancio Sociale, elegge i membri del Consiglio di Amministrazione, il Presidente, l'Organo di controllo, la Società di revisione e approva i regolamenti interni nonché i progetti e i documenti sottoposti dal CdA. Nel 2011 le Assemblee sono state n°2.

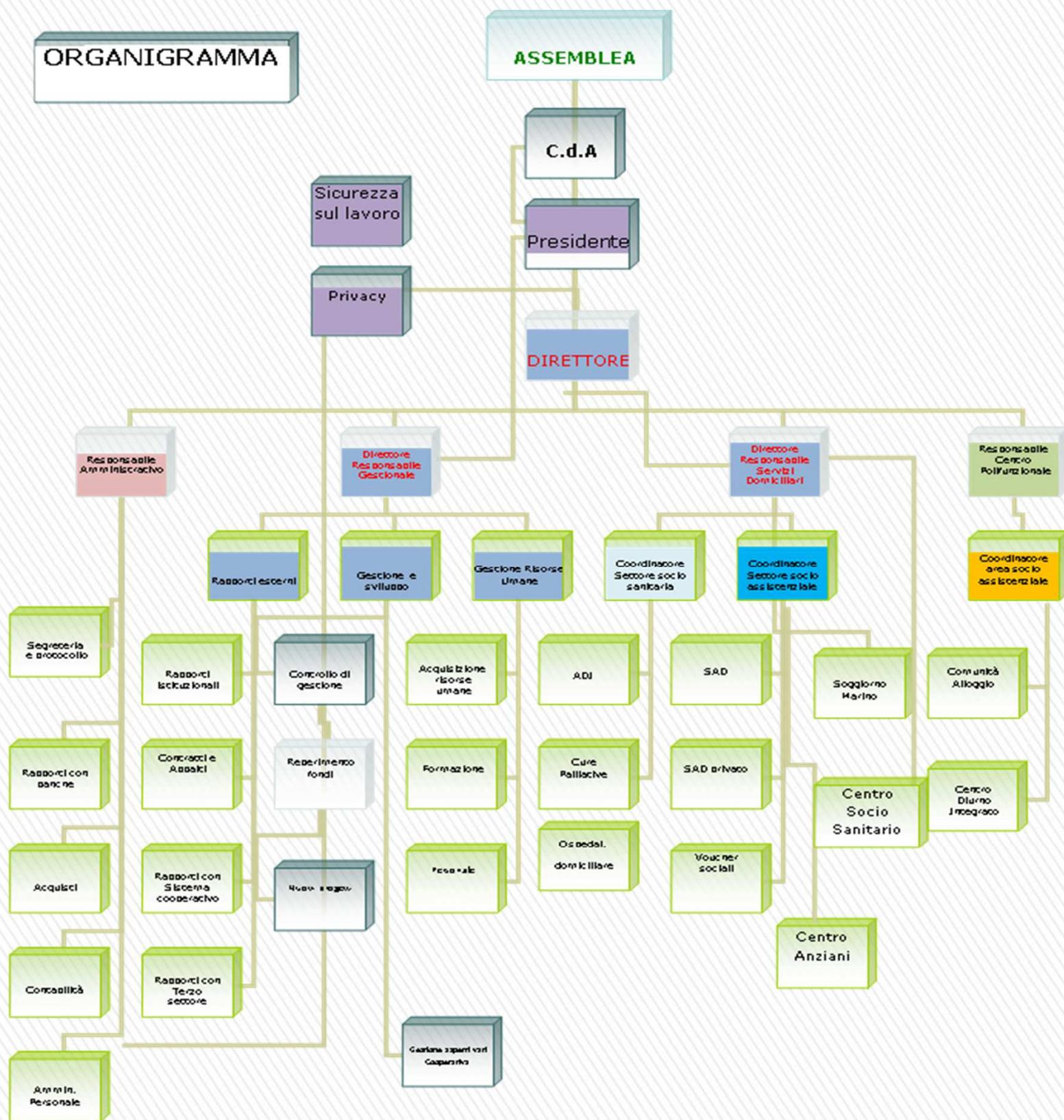
| data       | OdG   |
|------------|---|
| 19.05.2011 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Approvazione Bilancio d'esercizio al 31.12.2010 e Nota Integrativa</li> <li>2. Approvazione del Bilancio Sociale consuntivo 2010</li> <li>3. Rinnovo cariche sociali</li> <li>4. Comunicazioni in merito a progetti e iniziative avviati</li> </ol>   |
| 20.12.2011 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valutazione andamento servizi e gestione</li> <li>2. Gara d'appalto SAD</li> <li>3. Sperimentazione Comunità Alloggio</li> <li>4. Nuovo servizio di ospedalizzazione domiciliare</li> <li>5. Bando Cariplo "Anziani"</li> <li>6. Comunicazioni in merito al nuovo CDI e stato dei finanziamenti e contributi richiesti.</li> <li>7. Orientamenti rispetto alle rette dei servizi.</li> <li>8. Varie ed eventuali</li> </ol> |

### 4.3 ORGANI DI CONTROLLO

| Nome e cognome   | Carica               | Altri dati            |
|------------------|----------------------|-----------------------|
| Morelli Giuliana | Revisore contabile   | Revisione trimestrale |
| Revisionitalia   | Società di revisione | Revisione annuale     |

Dal 2012, avendo superato i 120.000,00 di capitale sociale , occorrerà nominare il Collegio sindacale

# ORGANIGRAMMA



## 5.1 MAPPA DEI PORTATORI DI INTERESSE

I portatori di interesse (stakeholder) sono gli interlocutori dell'Impresa Sociale.

Sono tutti i soggetti (individui, gruppi, organizzazioni) i cui interessi sono a vario titolo coinvolti dall'attività dell'organizzazione a causa delle relazioni di scambio che intrattengono con essa e comunque a causa dei possibili effetti esterni positivi o negativi delle decisioni e azioni intraprese dall'organizzazione.



## Rapporto associativo

Il rapporto associativo nasce nel momento dell'adesione quale socio alla cooperativa, all'interno della quale ha specifici diritti e doveri, tra i quali:

- mettere a disposizione della cooperativa la propria specifica capacità professionale;
- contribuire alla creazione del capitale sociale partecipando al rischio d'impresa, agli eventuali risultati economici ed alla loro destinazione;
- partecipare alla stesura delle *strategie interne, dei programmi di sviluppo ed alla realizzazione dei processi produttivi*;
- *concorrere attivamente alla gestione dell'impresa*;
- *partecipare alla formazione degli organi sociali e alla definizione della struttura di direzione e conduzione dell'impresa.*

## Rapporto di lavoro

Nel momento in cui il socio presta il proprio lavoro all'interno della cooperativa si instaura un vero e proprio rapporto di lavoro che può essere prestato in forma subordinata, autonoma o in qualsiasi altra forma, compresi i rapporti di collaborazione coordinata non occasionale.

## I Soci lavoratori

La base sociale è la colonna portante della Cooperativa.

Al 31/12/2011 i soci lavoratori erano 27 su 34 soci (79%). I non soci sono sostanzialmente ex lavoratori che hanno voluto mantenere la qualifica di socio. Un socio è rappresentato da un'associazione.

La Cooperativa si avvale prevalentemente, nello svolgimento delle proprie attività, della prestazione lavorativa dei Soci. I soci lavoratori a 31/12/2011 erano 27 sul totale di 47 lavoratori (tra dipendenti e collaboratori), pari al 57%, una percentuale decisamente più bassa rispetto al passato. Dei 27 soci lavoratori, 2 sono in aspettativa (per maternità e per motivi di salute).

| Al 31.12            | 2009     | 2010     | 2011     |
|---------------------|----------|----------|----------|
| Soci                | 34       | 35       | 34       |
| Soci lavoratori     | 29 (66%) | 30 (61%) | 27 (57%) |
| Lavoratori non soci | 15       | 19       | 20       |
| Totale lavoratori   | 44       | 49       | 47       |

La qualifica di socio-lavoratore non è automatica e richiede un percorso di conoscenza reciproca di durata variabile che impone, oltre ad un continuo confronto e scambio di informazioni ed intenti, un momento di verifica mirata ad individuare la reale possibilità di inserimento nella base sociale dei nuovi assunti e la valutazione di aderenza con il sistema di valori della Cooperativa. Occorre infatti verificare la capacità di immettere nel proprio lavoro quotidiano il valore aggiunto dell'essere cooperatore, di essere cioè portatore di una pratica professionale in cui accanto alle competenze professionali vive e si esprime un progetto sociale.

In certi casi la compatibilità rispetto all'affinità associativa può essere determinante anche per la prosecuzione del rapporto di lavoro in quanto L'Arca ha scelto in questi anni di mantenere e sviluppare un assetto societario a *mutualità prevalente consapevole*. Processo questo che da un lato costituisce una *garanzia* nella separazione degli ambiti (base sociale/lavoratori non soci) ma contemporaneamente rappresenta una *criticità gestionale ed organizzativa*.

altresì di contratti di collaborazione laddove la tipologia di lavoro e di esecuzione delle commesse lo prevedano.

Il numero dei soci-lavoratori con un contratto dipendente permane prossimo al 100% così come il numero di contratti a tempo indeterminato (indice di stabilità occupazionale). L'unico con contratto rinnovato di anno in anno è il medico.

Unico collaboratore socio è Medico del Centro, il cui contratto viene rinnovato di anno in anno, ma che di fatto è indeterminato.

| Tempo pieno | Part time | Tempo determinato | Tempo indeterminato | Totale |
|-------------|-----------|-------------------|---------------------|--------|
| 1           | 26        | 1                 | 26                  | 27     |

La fascia di età maggiormente rappresentata tra i soci lavoratori è quella over 45 (63%)

| fino 35 | 35-40 | 41-45 | 46-50 | over 50 | Tot. soci lavoratori |
|---------|-------|-------|-------|---------|----------------------|
| 2       | 5     | 3     | 10    | 7       | 27                   |
| 7%      | 19%   | 11%   | 37%   | 26%     | 100%                 |

## Capitale sociale

Il capitale sociale è costituito dalle quote sottoscritte dai soci. Nel 2011 i Soci della Cooperativa hanno deliberato in assemblea di aderire collettivamente al progetto di sottoscrizione di aumento di capitale sociale attraverso l'accesso all'intervento finanziario predisposto dalla Regione Lombardia nell'ambito del Programma Operativo Regionale Occupazione– Asse 3 "inclusione sociale" denominato *Fondo Jeremie FSE*. I Soci, nell'affrontare il programma di sviluppo intrapreso dal CdA finalizzato al consolidamento delle attività anche attraverso un piano di investimento il cui oggetto principale è costituito dalla ristrutturazione dell'immobile da destinare a nuovo CDI specializzato nel trattamento delle demenze, hanno intravisto nell'adesione compatta al Fondo Jeremie la possibilità di incrementare significativamente il capitale sociale garantendo che la crescita della struttura potesse avvenire in condizioni di equilibrio patrimoniale.

In termini pratici l'intervento finanziario Jeremie Fse ha consentito ad ogni socio di aumentare la propria partecipazione sociale di un importo pari a € 4.000,00 in conseguenza di un prestito a lui concesso da apposito intermediario bancario (BPS). L'elemento assolutamente degno di nota per L'Arca sta nell'aver compreso per tempo l'eccezionale opportunità offerta dal Fondo Jeremie FSE ed aver attuato un processo di collettiva responsabilizzazione rispetto all'importanza dell'incremento del capitale sociale in un momento storico di sviluppo dell'organizzazione. Hanno aderito al fondo Jeremie ben 27 soci su 33 (82%). La scelta di attivare impegni finanziari personali è stata difficile e sofferta ma di assoluta rilevanza in termini di consolidamento del senso di appartenenza al progetto della Cooperativa. Scelta di cui oggi possiamo già essere fieri!

Nel 2011 la quota di capitale sociale è aumentata di € 108.000,00, arrivando a €. 138.975,00 con un incremento pari al 435%.

Oltre ai soci lavoratori, la Cooperativa si avvale di dipendenti non soci e di collaboratori, stabili (P.IVA o Co.PRO) o occasionali.

I lavoratori non soci al 31/12/2011 erano 22, di cui 8 collaboratori.

## LAVORATORI DIPENDENTI

Estendiamo alcuni indici di valutazione ai dipendenti non soci (16)

| Tempo pieno | Part time | Tempo determinato | Tempo indeterminato | Totale |
|-------------|-----------|-------------------|---------------------|--------|
| 1           | 15        | 11                | 5                   | 16     |

L'utilizzo dei contratti a tempo determinato è legato sia a necessità organizzative (sostituzioni per malattia, maternità, ferie)

## COLLABORATORI

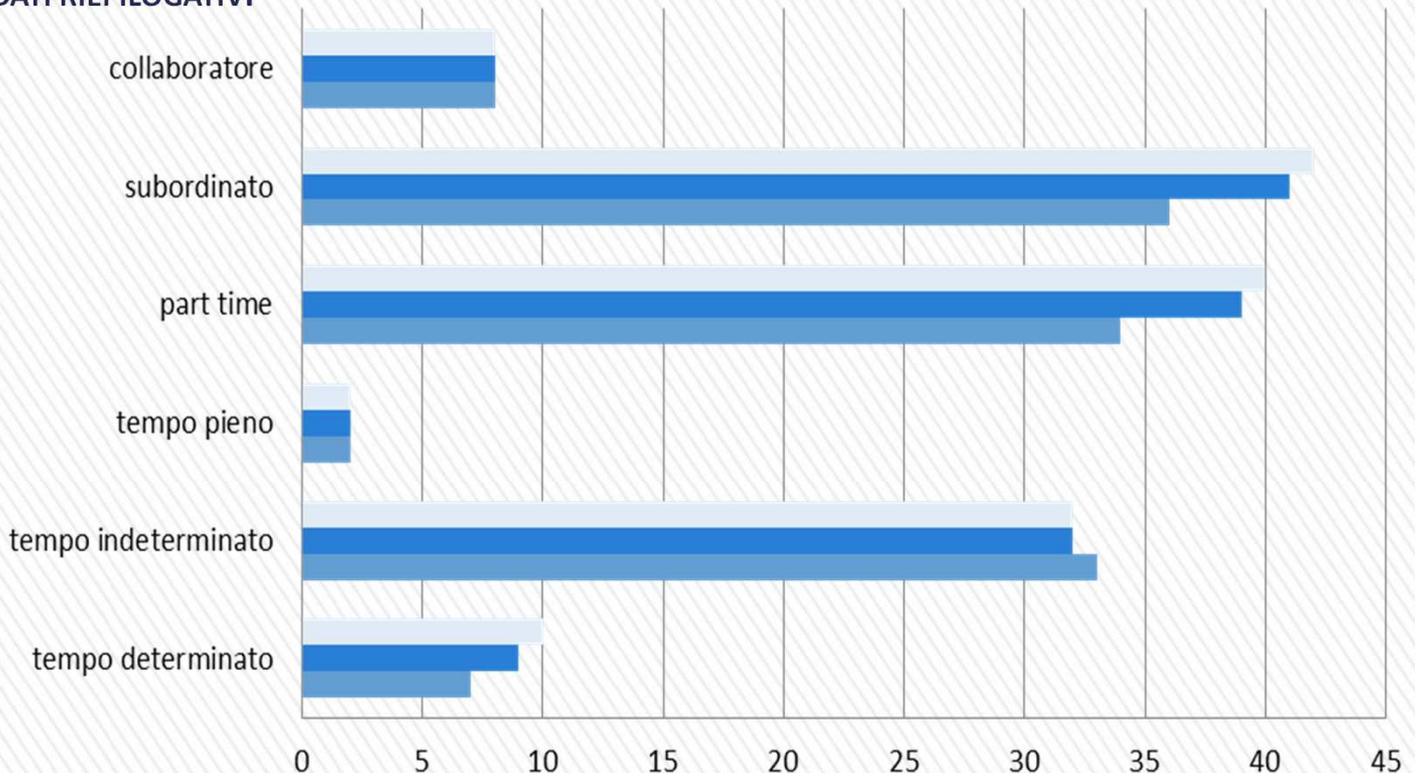
I Collaboratori si distinguono in stabili e occasionali.

I collaboratori stabili sono quelli che da alcuni anni intrattengono una relazione professionale con la Cooperativa:

- Medici (Geriatra, Fisiatra, Medico Cure palliative tot 3)
- Psicologo (1)
- Fisioterapisti (2)
- Infermiere professionale (1 cessata al 31.12.11)

Durante l'anno sono state attivate altre collaborazioni occasionali per sostituzioni e lavori temporanei (educatrice, IP per soggiorno marino) e si è conclusa la collaborazione a progetto con la FKT per il progetto «Anziani in movimento».

## DATI RIEPILOGATIVI



|      | tempo determinato | tempo indeterminato | tempo pieno | part time | subordinato | collaboratore |
|------|-------------------|---------------------|-------------|-----------|-------------|---------------|
| 2011 | 10                | 32                  | 2           | 40        | 42          | 8             |
| 2010 | 9                 | 32                  | 2           | 39        | 41          | 8             |

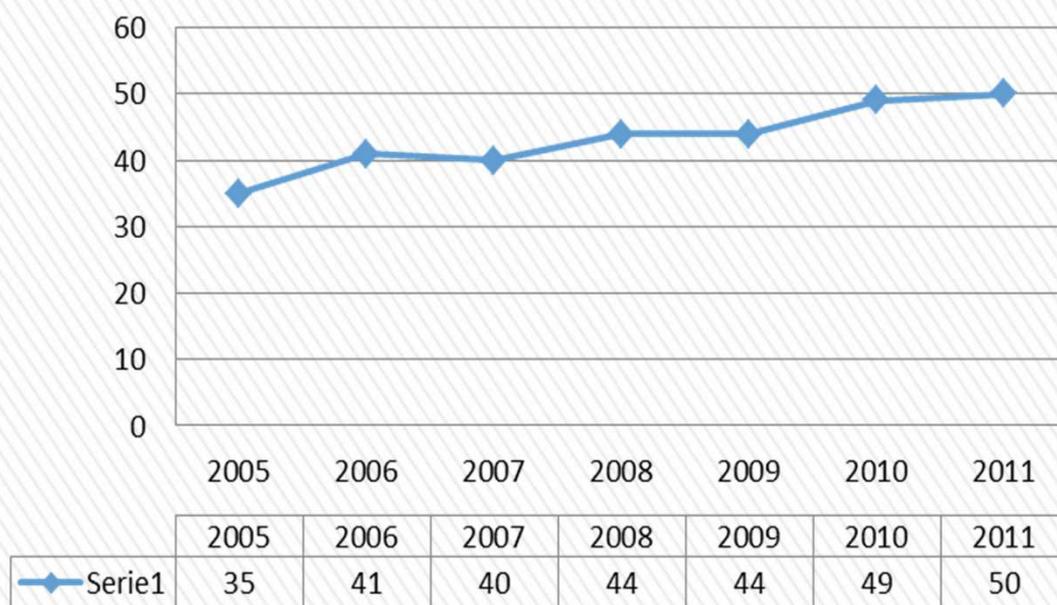


Nell'arco del 2011 i lavoratori in totale sono stati 63.

|                        | Libro paga | Copro e occasionali | P.IVA | Totale |
|------------------------|------------|---------------------|-------|--------|
| N° occupati al 1/01    | 41         | 1                   | 7     | 49     |
| avviati nell'anno      | 11         | 1                   |       | 12     |
| cessati nell'anno      | 10         | 1                   |       | 11     |
| collaboratori saltuari | 0          | 2                   |       | 2      |
| totale nell'anno       | 52         | 4                   | 7     | 63     |
| N° occupati al 31/12   | 42         | 1                   | 7     | 50     |

Dal 2005 l'occupazione ha continuato a crescere, anche se al 31.12.2011 hanno cessato 3 operatrici.

### Andamento occupazione



### IL PART-TIME

L'Arca ha utilizzato il 95 % di contratti part-time rispetto al totale dei contratti in essere al 31/12/2011. E' necessario sottolineare che questo strumento contrattuale risponde ad esigenze differenti :

- » Il 13 % dei lavoratori ha un contratto part-time esclusivamente in risposta alle particolari esigenze personali
- » I restanti contratti part-time del personale rispondono a necessità miste, personali e organizzative dei servizi.

questo ambito buona parte delle risorse formative erogate nell'anno 2011, anche se le tematiche relative alla sicurezza sul lavoro occupano una parte significativa della formazione.

### **I contenuti della formazione**

Sicurezza sul lavoro e Haccp 4 corsi

Lavoro organizzativo 2 corsi

Demenze 4 corsi

Sanitario 13

Rispetto alla formazione vengono presi in considerazione solo i lavoratori subordinati in servizio e i collaboratori operativi con continuità, che sono stati attivi nel 2011, compresi i dimessi (44).

Hanno usufruito della formazione:

- 23 soci su 26 operativi nel 2011 (88%)
- 06 dipendenti su 17 operativi nel 2011 (35%)
- 01 collaboratore

Il 76 % della formazione erogata nel 2011 è stata usufruita da soci lavoratori, a perseguimento delle finalità di *condivisione, partecipazione, crescita professionale e qualità del lavoro* (22 soci)

Nel 2011 sono stati frequentati 23 corsi, di cui 5 organizzati dalla Cooperativa.

Hanno frequentato i corsi 30 operatori per un totale di 67 partecipazioni

-90% operatori SAD

-80% operatori ADI

-60% operatori CPF

-33% amministrazione e direzione

### **GESTIONE RISORSE UMANE**

L'Arca si occupa da anni di una gamma diversificata di servizi, che sono però legati da un comune denominatore: l'attenzione alla persona. Occuparsi degli altri implica una forte responsabilità morale e professionale; è per questo motivo che la qualità dei servizi che eroghiamo diventa il nostro obiettivo primario. Siamo convinti che, oltre alla macchina gestionale e organizzativa, la risorsa determinante per il perseguimento delle nostre finalità sia costituita dalle persone che lavorano con noi. Ai nostri collaboratori si richiede dunque un'elevata professionalità, accompagnata dalla consapevolezza che il prendersi cura degli altri comporta un forte investimento personale ed umano.

Per garantire la serenità e la stabilità necessarie allo svolgimento di questi delicati compiti, l'Arca rivolge una particolare attenzione alla gestione del personale, assicurando condizioni di lavoro che permettano ad ognuno di crescere sia umanamente che professionalmente, nel perseguimento e rispetto di obiettivi comuni.

L'Arca lavora per il miglioramento continuo dei propri progetti e servizi, per la valorizzazione del lavoro sociale e dei professionisti coinvolti nelle attività.

Per noi è fondamentale investire nell'organizzazione e di conseguenza nella selezione e nel reclutamento del personale.

La ricerca e selezione ha il compito di soddisfare le esigenze di assunzione di personale della cooperativa ed in generale di tutte le attività ad essa collegate, individuando e proponendo i candidati considerati più motivati, competenti ed adeguati a ricoprirne gli incarichi.

La Cooperativa collabora stabilmente da anni con alcuni volontari. Si tratta di persone che al momento della pensione o dopo aver avuto un'esperienza con la Cooperativa per un proprio congiunto, hanno dato la propria disponibilità di tempo a favore degli anziani del Centro Polifunzionale. In totale i volontari nel 2009 sono stati 11, 3 donne e 8 uomini.

Le donne hanno collaborato con l'Animatrice, gli uomini invece, una settimana a turno, hanno garantito per tutto l'anno il servizio di trasporto con il pulmino per il Centro Diurno Integrato, per un totale di oltre 500 ore di servizio volontario, più la manutenzione del centro, e del giardino.



Un grazie a tutti i volontari e in particolare a Massimo che anche nel corso del 2011, come sempre, ha dato un contributo straordinario, in particolare per la realizzazione del nuovo CDI.

Da segnalare inoltre la collaborazione con una volontaria per le cure palliative, che non è mai intervenuta sui casi, per mancanza di richieste, ma ha sempre partecipato alle riunioni di equipe.

Da ricordare poi i diversi cori che hanno allietato le giornate più importanti del Centro Polifunzionale e tutte le persone che sono intervenute portando la loro esperienza, i loro filmati ecc.

A tutti Grazie!



## RETE TERRITORIALE

Gli Operatoti della Cooperativa hanno avuto frequenti scambi e collaborazioni con:

- i Servizi Sociali del l'Ufficio di Piano
- Il CEAD
- IL Servizio Fragilità dell'ASL
- La CVD
- Il Dipartimento ASSI di Sondrio

## RETE TERZO SETTORE

### Piani di Zona

Con la Legge 328/2000 e l'istituzione dei Piani di Zona sia è voluto creare un intervento integrato pubblico/privato nell'erogazione dei diversi interventi sociali.

L'Arca ha sempre riconosciuto il valore di appartenenza e di collaborazione con le diverse comunità locali con le quali ha interagito e pertanto ha partecipato ai lavori dell'Ufficio di Piano per la realizzazione del nuovo Piano di Zona.

### Associazioni

Si è mantenuto il rapporto costante con l'Associazione Alzheimer e Demenze della Provincia di Sondrio, partecipando all'iniziativa «Una mela per l'Alzheimer», raccolta fondi a favore dell'associazione. Nei mesi di ottobre-dicembre l'Associazione ha organizzato, in collaborazione con la Cooperativa, un corso di formazione per i familiari dei malati. A fine anno l'Associazione ha deciso di diventare socia dell'Arca.

Nel 2011 sono stati intrattenuti rapporti anche con l'Associazione Chicca Raina, per un confronto sulle cure palliative e il progetto di Ospedalizzazione domiciliare.

Nel corso dei lavori del Piano di Zona, vi sono stati proficui momenti di scambio e confronto con le principali associazioni del territorio che operano a favore degli anziani e con la Fondazione casa di Riposo «Città di Chiavenna» e Istituto Sacra Famiglia di Mese.

## RETE SISTEMA COOPERATIVO

Sin dalla sua fondazione, l'Arca ha percepito l'importanza fondamentale di una relazione di rete con altri oggetti che operino nel medesimo ambito e condividano i medesimi principi ideali, sia per una possibilità di confronto su scelte di carattere strategico, sia per un ausilio concreto nella complessa e quotidiana gestione di attività e procedure dalle innumerevoli implicazioni.

E' associata fin dall'inizio della sua attività a **Confcooperative** la principale organizzazione di rappresentanza, assistenza e tutela del mondo cooperativo e delle Imprese Sociali L'Arca ha sempre mantenuto stretti rapporti di collaborazione con le **Cooperative sociali del territorio**, in particolare con Nisida, nata nel 1990 per gemmazione dall'Arca e con la Quercia. L'Arca è anche diventata socia di Nisida.

Dopo il distacco dal Consorzio, sono comunque stati mantenuti rapporti con le Cooperative della Provincia, in particolare con il Granello, Ardesia e Insieme, soprattutto per il settore delle cure domiciliari.

## I COMMITTENTI

La diversificazione dei clienti, così come quella delle attività, è sempre stata una peculiare caratteristica dell'Arca. Anche all'interno dello stesso settore si è cercato di disporre di una fitta rete di clienti attraverso i quali poter garantire, il più possibile, un'attività lavorativa costante.

I principali committenti sono stati:

- l'accreditamento con la **Comunità Montana Valchiavenna** per il Servizio di Assistenza Domiciliare mediante i voucher sociali
- l'appalto con la **Comunità Montana Valchiavenna** per il Servizio di Assistenza Domiciliare pubblico
- l'accreditamento con l'**ASL della Provincia di Sondrio** per i servizi domiciliari mediante il voucher socio sanitario (ADI e cure palliative)
- la convenzione con il **Comune di Piuro** per l'animazione del Centro Anziani
- La convenzione con l'**AOVV** per l'ospedalizzazione domiciliare

## CLIENTI

I clienti privati costituiscono la maggior fonte di reddito per la Cooperativa e, grazie ai pagamenti tempestivi, permettono di sostenere regolarmente le uscite per gli stipendi.

## FORNITORI

I criteri di qualità e vicinanza sono considerati preferenziali nella valutazione dei nostri fornitori in generale. Per questo per gli approvvigionamenti abbiamo privilegiato il più possibile le aziende locali, soprattutto per quanto riguarda la ristorazione.

## ENTI FINANZIATORI PUBBLICI E PRIVATI

Nel corso del 2011 abbiamo ricevuto contributi a fronte di progetti per quanto riguarda il nuovo CDI, da parte:

- del BIM, su proposta della Comunità Montana Valchiavenna e dei Comuni €50.000,00
- della Ditta Rossi Fiorista €1.000,00

## DONATORI

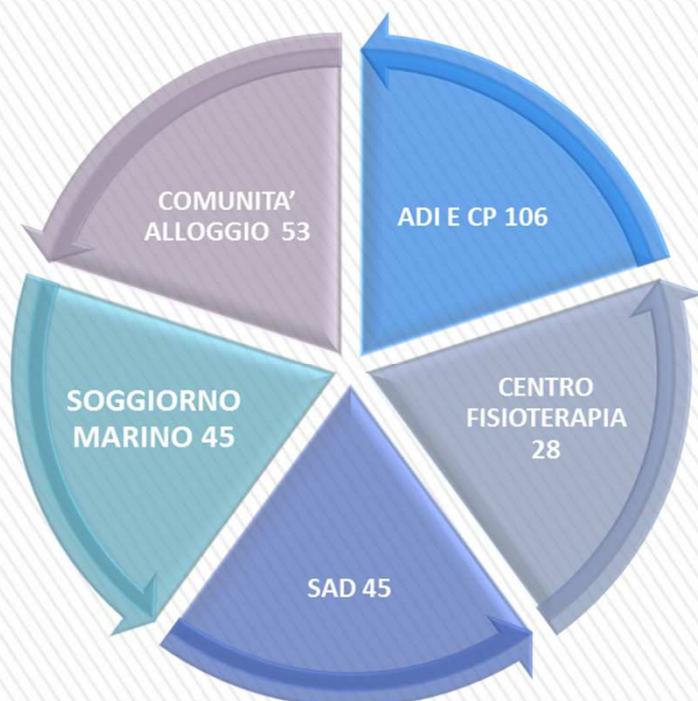
Nel 2011 la Cooperativa ha percepito diverse donazioni:

- a favore della Comunità Alloggio €6.100 da parenti di ex ospiti
- a favore del servizio cure palliative €2.580

Inoltre in qualità di ONLUS la nostra Cooperativa ha la possibilità di ricevere da parte del contribuente la quota Irpef destinata alle associazioni no-profit (il 5xmille). Il dato della quota per il 2011 non è ancora disponibile.

## FRUITORI

La ricaduta sociale di tutte le attività che la Cooperativa svolge si può ben valutare anche dal punto di vista dei fruitori dei servizi socio sanitari che ne rappresentano il target primario.



L'Arca ha seguito nel 2011 n° 301 utenti, suddivisi nei diversi servizi. Non sono rappresentati gli utenti del Centro anziani di S.Croce in quanto ha un utenza variabile e gli utenti dell'ADI per estemporanee (circa 350).

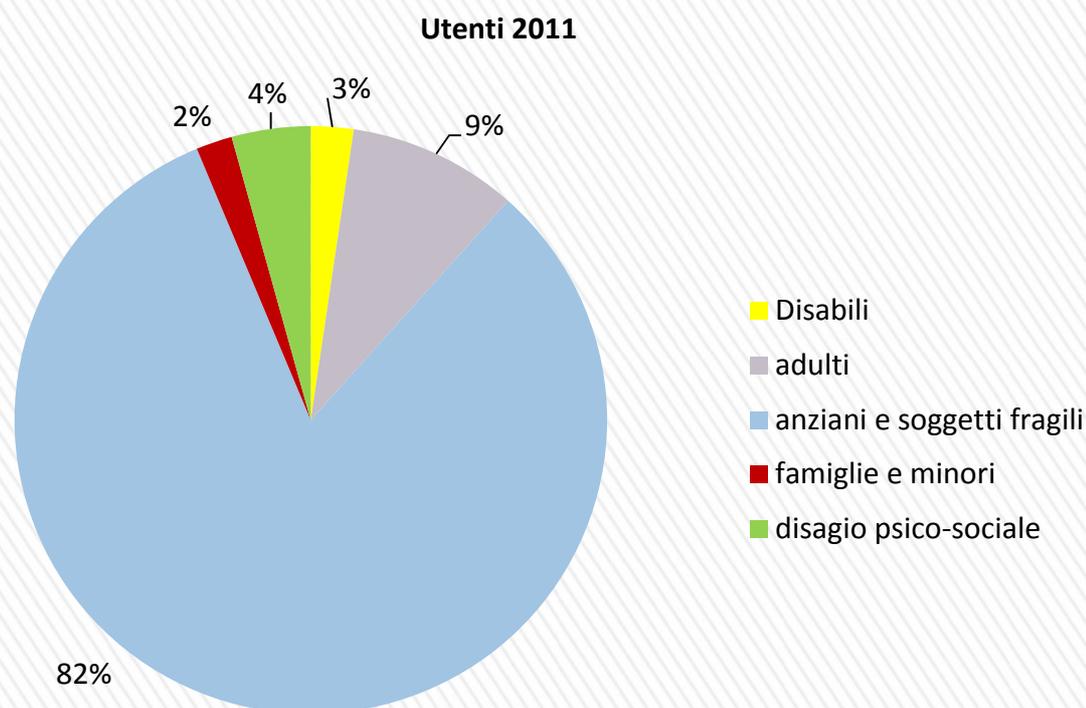
Se si considerano i settori più rilevanti della cooperativa, settore domiciliare nel suo complesso e centro polifunzionale, in termini di utenza è il settore domiciliare a prevalere.

Complessivamente comunque il target dell'Arca è rappresentato da persone anziane, che rappresentano l'82% degli utenti seguiti, in linea con la scelta di specializzazione.

Gli utenti con disabilità o disagio, costituiscono un'utenza tipica del SAD pubblico. Anche nell'ADI, pur seguendo utenti di tutte le età, la prevalenza è comunque costituita da anziani e dal Centro socio sanitario che hanno un utenza.

Oltre agli anziani, la Cooperativa si rivolge anche alla famiglia, sia in termini di alleanza terapeutica sia come destinataria di interventi di consulenza e sostegno.

La tipologia di utenza cui si è rivolta la Cooperativa nel 2011 è rappresentata nel successivo grafico.



### **La vecchiaia come valore.**

La vecchiaia, come ogni altra età della vita, ha le sue luci e le sue ombre e, come ogni età, è ugualmente preziosa, anche quando drammaticamente si connette alla malattia.

Con questo non vogliamo riproporre il superato binomio vecchio = malato, solamente riaffermiamo la necessità di creare le condizioni oggettive e soggettive perché la *vecchiaia sia stimata come valore in sé*, sia da chi la sta vivendo sia dalla società, e perché gli anziani siano accolti come persone, indipendentemente dalla loro condizione. Ciò significa contrastare la censura in atto sulla vecchiaia, soprattutto rispetto alla senilità problematica, troppo vicina al dolore e alla morte per essere tollerata da una società che tenta insensatamente di allontanare questi temi.

La vecchiaia ci spaventa perché viene vissuta come perdita, e in parte lo è: indebolimento fisico e psichico, perdita di salute, di potere e di ruoli significativi, di risorse economiche, perdita di reti amicali e sociali. Chi ha il privilegio di vivere a lungo deve tollerare il dolore della perdita di tante persone care e la sensazione di essere un po' dei sopravvissuti; a volte si insinua la sensazione o il timore di essere inutili, di costituire un peso per i familiari. E il domani, incerto e oscuro, contribuisce a rendere temibile la vecchiaia.

### **La longevità assume un aspetto drammatico quando conclude una vita vuota e senza speranza.**

Forse potremo intravedere una soluzione ai problemi della vecchiaia se riusciremo a **dare senso e valore alla vita**

Affrontare i problemi della non autosufficienza e del disagio senile non è facile, richiede competenze, metodologie, strutture. Le coordinate essenziali possono essere ricondotte alla necessità di procedere per progetti, partire dalla comunità e dal territorio, qualificare gli interventi attraverso una adeguata formazione e adeguate competenze. Partire da una riflessione teorica, ma incarnata nella realtà, dove la riflessione culturale e metodologica nascono dalla concretezza quotidiana.

Per un lungo periodo tra gli anziani e la famiglia si mantiene una situazione di equilibrio basata su una relazione di reciproco supporto caratterizzato da un'intimità a distanza che garantisce sia il sostegno affettivo e materiale che l'esigenza di reciproca autonomia.

Col passare del tempo, la famiglia si fa carico di alcune incombenze divenute più complesse per l'anziano, garantisce una presenza in caso di necessità, intensifica i controlli e i contatti fino a quando si verifica l'evento critico legato alla malattia e alla perdita di autosufficienza dell'anziano.

La **malattia dell'anziano**, sia quando è degenerativa o cronica o dovuta ad un progressivo declino causato dalla senilità, è un **evento cruciale nella famiglia**, anche se data la diffusione delle malattie croniche, la cura dell'anziano da evento imprevedibile tende a divenire sempre più un evento prevedibile.

Per l'**anziano** impegnato nel difficile compito di attribuire valenze positive ad un processo, quello dell'invecchiamento, connotato socialmente in senso negativo da perdita, declino e rinuncia, la malattia e, soprattutto la perdita di autonomia, rappresenta il momento in cui acquisisce in modo definitivo la consapevolezza del suo invecchiamento e della morte.

Questa presa di coscienza determina la ricerca di continui adattamenti tra spinte evolutive e regressive, tra speranza e disillusione, tra rifiuto della propria condizione e rassegnazione, tra mortificazione e dignità, che hanno un impatto destabilizzante sull'organizzazione familiare. La perdita di autonomia, la dipendenza provocano sconcerto. Per l'anziano è difficile accettare di dover essere accudito da altri, di dipendere dai figli anche per le esigenze più intime, per i gesti più scontati, far fronte alla perdita di potere.

I **familiari** a loro volta sono colti di sorpresa dall'evento malattia, si confrontano spesso per la prima volta con i compiti di cura, con tutte le implicazioni e i significati ad essa attribuiti, e con la visione implacabile della morte e del morire.



L'evento critico malattia pone la famiglia nella condizione di rivedere i propri assetti, mobilitare le risorse interne, ridistribuire ruoli e compiti per far fronte alle nuove necessità di cura che l'anziano esprime.

La famiglia continua a giocare un ruolo primario nel farsi carico dei problemi dei suoi membri che per diversi motivi non sono autonomi, in particolare nel nostro paese dove per tradizione culturale il *care familiare* è ancora molto diffuso, nonostante le trasformazioni demografiche e culturali. **La famiglia tuttavia non è più considerata una risorsa "naturale" alla quale si può chiedere tutto e che tutto deve affrontare in maniera eroica.** Le aspettative sociali si stanno modificando anche in relazione alla cultura della nuova generazione di adulti che affiancano ad una sensibilità ai propri doveri, una maggiore attenzione ai propri diritti, pertanto il lavoro di cura può essere svolto solo se si garantiscono alla famiglia opportuni supporti che tengano presenti sia il ruolo e la competenza della famiglia che i bisogni dei *caregiver*.

***La vecchiaia non è un problema, lo diventa quando la struttura sociale e la rete dei servizi non sono più in grado di offrire risposte adeguate o disperdono risorse in interventi mal orientati rispetto alle necessità emergenti e alle nuove espressioni dei bisogni .***

## 6.1 DIMENSIONE ECONOMICA

Il bilancio 2010 chiude con un utile di €. 14.864,00

Dal raffronto con i quattro anni precedenti vediamo che il fatturato ha continuato a crescere fino al 2010, stabilizzandosi nel 2011.

Nel 2011 tutti i servizi erano o privati o accreditati, ad eccezione dell'appalto con la Comunità Montana .

L'andamento della dimensione economica, sebbene sia un elemento strumentale al perseguimento delle finalità sociali dell'organizzazione è in grado di influenzare più o meno direttamente il perseguimento della *mission* della società. Per questo diventa necessario introdurre nel bilancio sociale anche elementi di riclassificazione e valutazione dei dati economici derivanti dal bilancio civilistico che consentano di analizzare l'andamento da un nuovo punto di vista e raffrontarne i risultati nel tempo.

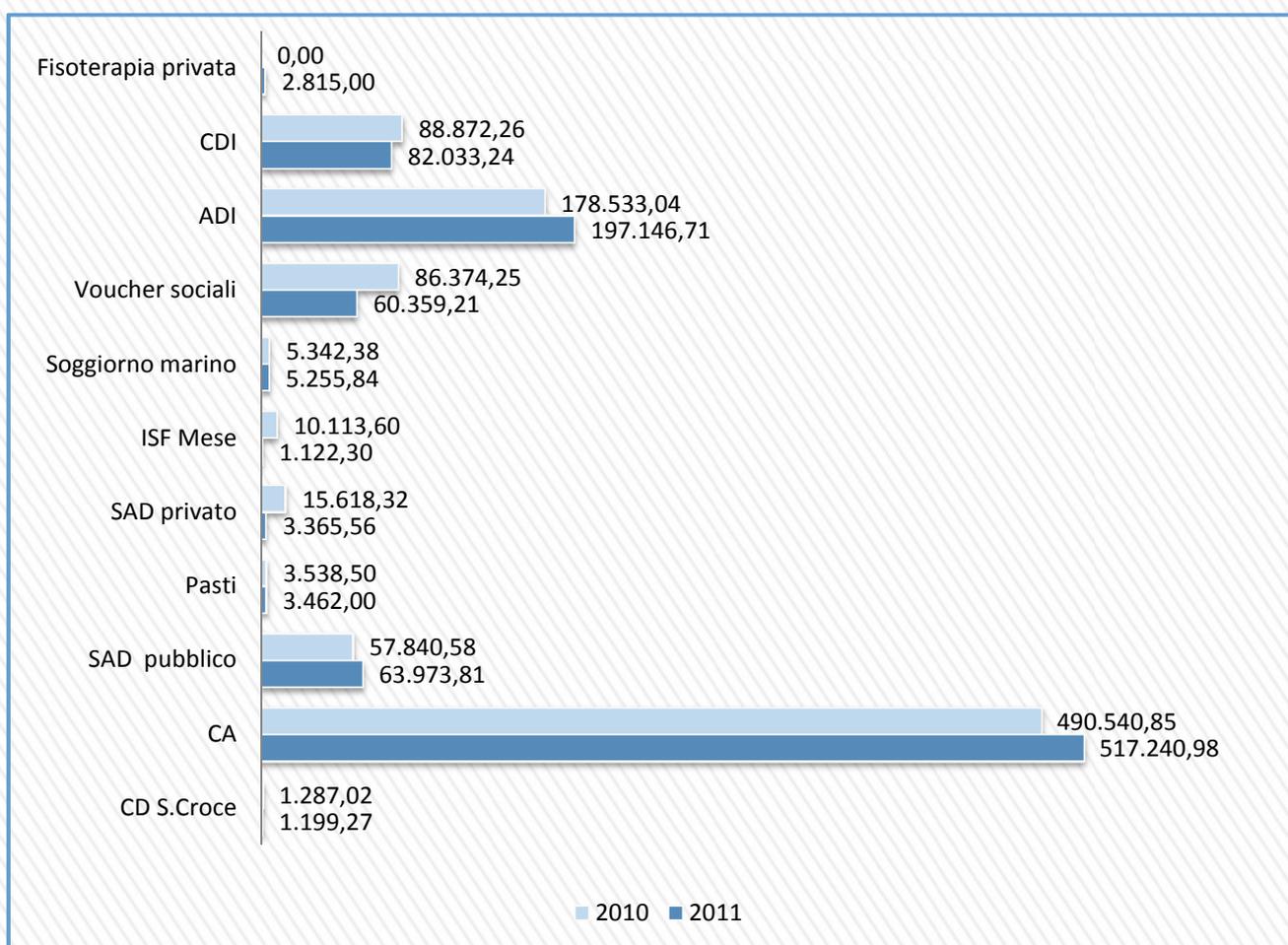
Attraverso un'opportuna riclassificazione dei dati del Conto Economico possiamo rappresentare il processo di formazione del Valore Aggiunto dell'organizzazione e la sua distribuzione tra tutti coloro che, in quanto stakeholders, a vario titolo hanno un rapporto di "scambio" con essa.

Il Valore Aggiunto rappresenta quindi la ricchezza che l'organizzazione crea nello svolgimento della propria attività e come questa viene distribuita a beneficio delle diverse categorie di soggetti che hanno concorso a produrla.

E' interessante analizzare, anche attraverso un confronto pluriennale, come L'Arca , in ottemperanza ai propri "valori di missione", riesca costantemente a produrre ricchezza da distribuire principalmente ai lavoratori. All'interno di questa categoria si evidenzia il costante incremento della percentuale di ricchezza distribuita ai Soci Lavoratori.

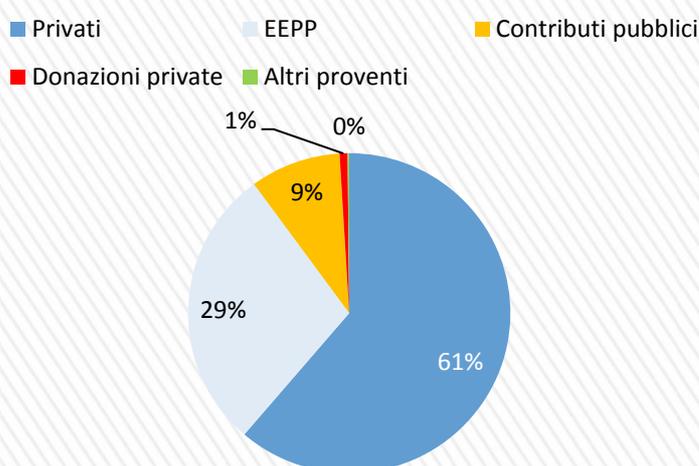
Quanto sopra a sostegno delle finalità di condivisione, stabilità occupazionale, retributiva e di sviluppo dell'impresa attraverso la politica della mutualità prevalente.

Il Valore della Produzione è costituito dai ricavi di tutti i settori di attività. Il dato evidente è uno sviluppo equilibrato e costante nel tempo con il mantenimento e l'incremento del fatturato in tutte le attività a conferma dell'applicazione della strategia, ritenuta da anni vincente, della diversificazione oltre che dei settori anche delle tipologie di attività all'interno degli stessi.



| A | Produzione ricchezza economica                        | Anno 2008         | Anno 2009         | Anno 2010           | Anno 2011           |
|---|---|-------------------|-------------------|---------------------|---------------------|
|   | Privati e famiglie                                    | 559.176,00        | 617.188,00        | 637.752,00          | 639.250,00          |
|   | Imprese private                                       |                   |                   |                     |                     |
|   | Consorzio   |                   |                   |                     |                     |
|   | Enti pubblici e aziende sanitarie                     | 289.949,00        | 246.870,00        | 300.309,00          | 298.724,00          |
|   | Contributi pubblici                                   | 51.763,00         | 61.890,00         | 98.756,00           | 94.864,00           |
|   | Finanziatori  |                   |                   |                     |                     |
|   | Donazioni private (compreso 5 per mille)              | 2.685,00          | 8.900,00          | 3.865,00            | 8.560,00            |
|   | Rimanenze finali                                      |                   |                   |                     |                     |
|   | Altri proventi (proventi straordinari, proventi vari) | 2.153,00          | 170,00            | 414,00              | 1.604,00            |
|   | Altro   | -                 | -                 | -                   | -                   |
|   | <b>Totale</b>   | <b>905.726,00</b> | <b>935.018,00</b> | <b>1.041.096,00</b> | <b>1.043.002,00</b> |

### Proventi 2011



| B | Costi da economie esterne e ammortamenti                       | Anno 2008         | Anno 2009         | Anno 2010         | Anno 2011         |
|---|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|   | Fornitori di beni da economie esterne                          | 221.683,00        | 218.716,00        | 263.130,00        | 238.234,00        |
|   | Variazione rimanenze iniziali/finali per materie prime e merci | 181,00            | - 726,00          | 52,00             | 706,00            |
|   | Ammortamenti e accantonamenti                                  | 21.955,00         | 26.344,00         | 26.335,00         | 26.868,00         |
|   | Oneri straordinari   | 661,00            | -                 | 529,00            | 189,00            |
|   | Altro  | -                 | -                 | -                 | -                 |
|   | <b>Totale</b>  | <b>244.480,00</b> | <b>244.334,00</b> | <b>290.046,00</b> | <b>265.997,00</b> |

| C = A-B | Valore aggiunto | Anno 2008         | Anno 2009         | Anno 2010         | Anno 2011         |
|---------|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|         | <b>Totale</b>   | <b>661.246,00</b> | <b>690.684,00</b> | <b>751.050,00</b> | <b>777.005,00</b> |

Per evidenziare la creazione della ricchezza prodotta dalla cooperativa e la sua distribuzione a diversi interlocutori, si utilizza una diversa presentazione dei dati del bilancio, la "riclassificazione a valore aggiunto". Il valore aggiunto è la differenza tra il valore finale dei beni e servizi prodotti (A) e il valore dei beni e servizi

| D | Sistema cooperativo                 | Anno 2008        | Anno 2009        | Anno 2010        | Anno 2011        |
|---|-------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|   | Consorzio di riferimento            | 5.101,00         | 4.533,00         | -                |                  |
|   | Cooperative sociali                 | -                | -                | -                |                  |
|   | Cooperative non sociali             | -                | -                | -                |                  |
|   | Centrale cooperativa                | 1.854,00         | 1.954,00         | 2.127,00         | 2.472,00         |
|   | Centro servizi centrale cooperativa | 13.228,00        | 13.876,00        | 14.879,00        | 16.167,00        |
|   | Altro                               | -                | -                | -                | -                |
|   | <b>Totale</b>                       | <b>20.183,00</b> | <b>20.363,00</b> | <b>17.006,00</b> | <b>18.639,00</b> |

| E | Finanziatori                     | Anno 2008        | Anno 2009        | Anno 2010       | Anno 2011       |
|---|----------------------------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|
|   | Finanziatori ordinari            | 18.827,00        | 12.382,00        | 9.330,00        | 8.961,00        |
|   | Finanziamento dai soci           | -                | -                | -               | -               |
|   | Finanziatori di sistema ed etici | -                | -                | -               | -               |
|   | Finanziatori pubblici            | -                | -                | -               | -               |
|   | <b>Totale</b>                    | <b>18.827,00</b> | <b>12.382,00</b> | <b>9.330,00</b> | <b>8.961,00</b> |

| F | Lavoratori                                 | Anno 2008         | Anno 2009         | Anno 2010         | Anno 2011         |
|---|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|   | Dipendenti soci e non (comprensivo di TFR) | 626.712,00        | 649.088,0         | 721.125,00        | 728.778,00        |
|   | Ristori ai soci lavoratori                 | -                 | -                 | -                 |                   |
|   | Svantaggiati                               | -                 | -                 | -                 |                   |
|   | Parasubordinati                            | -                 | -                 | -                 |                   |
|   | Collaboratori                              | -                 | -                 | -                 |                   |
|   | Occasionali                                | -                 | -                 | -                 |                   |
|   | Tirocini formativi                         | -                 | -                 | -                 |                   |
|   | Amministratori e sindaci                   | -                 | -                 | -                 |                   |
|   | Volontari                                  | -                 | -                 | -                 |                   |
|   | Altro                                      | -                 | -                 | -                 |                   |
|   | <b>Totale</b>                              | <b>622.712,00</b> | <b>649.088,00</b> | <b>721.125,00</b> | <b>728.778,00</b> |

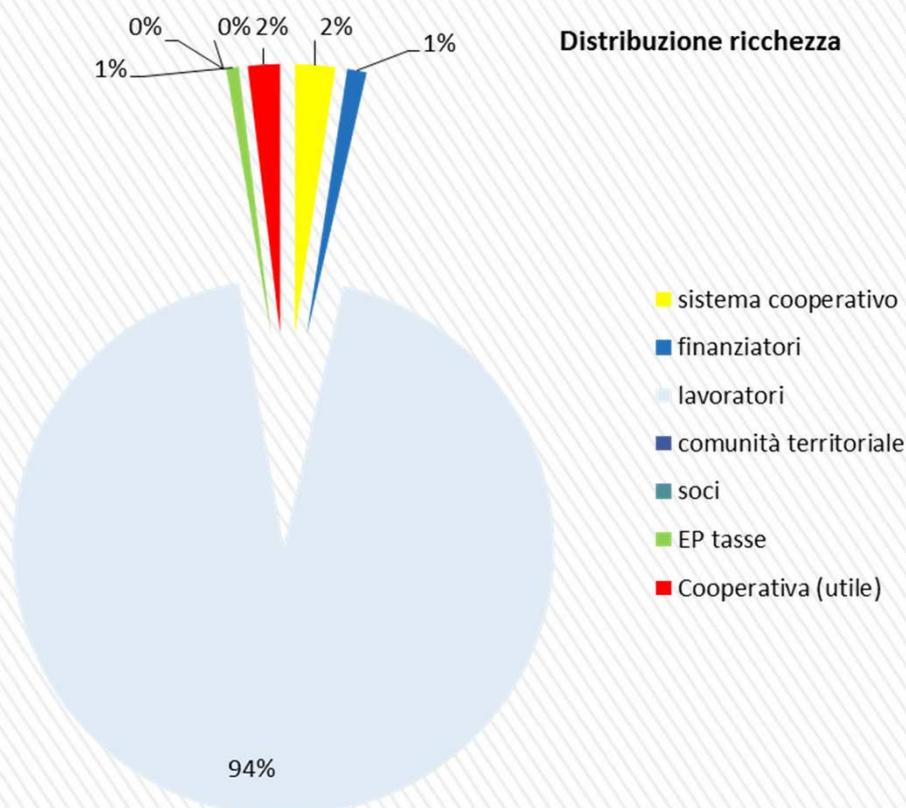
| G | Comunità territoriale                     | Anno 2008 | Anno 2009 | Anno 2010 | Anno 2011 |
|---|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
|   | Associazioni e soggetti del terzo settore | -         | -         | -         |           |
|   | Altro                                     | -         | -         | -         |           |
|   | <b>Totale</b>                             | <b>-</b>  | <b>-</b>  | <b>-</b>  |           |

|  |  |          |          |          |  |
|--|--|----------|----------|----------|--|
|  | Costi per iniziative rivolte a tutta la base sociale | -        | -        | -        |  |
|  | Ristorni destinati ai soci                           | -        | -        | -        |  |
|  | Altro  | -        | -        | -        |  |
|  | <b>Totale</b>  | <b>-</b> | <b>-</b> | <b>-</b> |  |

| I | Enti pubblici | Anno 2008       | Anno 2009       | Anno 2010       | Anno 2011       |
|---|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|   | Tasse         | 4.854,00        | 5.035,00        | 5.201,00        | 5.763,00        |
|   | Altro         | -               | -               | -               | -               |
|   | <b>Totale</b> | <b>4.854,00</b> | <b>5.035,00</b> | <b>5.201,00</b> | <b>5.763,00</b> |

| L | Cooperativa                                       | Anno 2008         | Anno 2009       | Anno 2010         | Anno 2011        |
|---|---|-------------------|-----------------|-------------------|------------------|
|   | Ristorni destinati ad incremento capitale sociale | -                 | -               | -                 |                  |
|   | Utile esercizio / perdita                         | - 5.330,00        | 3.816,00        | - 1.612,00        | 14.864,00        |
|   | <b>Totale</b>                                     | <b>- 5.330,00</b> | <b>3.816,00</b> | <b>- 1.612,00</b> | <b>14.864,00</b> |

| M =<br>D+E+F+<br>G+H+I+L | Valore aggiunto               | Anno 2008         | Anno 2009         | Anno 2010         | Anno 2011         |
|--------------------------|-------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|                          | <b>Totale valore aggiunto</b> | <b>661.246,00</b> | <b>690.684,00</b> | <b>751.050,00</b> | <b>777.005,00</b> |



| M | PATRIMONIO NETTO            | Anno 2008        | Anno 2009        | Anno 2010        | Anno 2011          |
|---|-----------------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|
|   | Capitale sociale            | 34.230,00        | 31.900,00        | 31.900,00        | 138.975,00         |
|   | Riserve                     | 194.295,00       | 44.328,00        | 48.029,00        | 46.401,00          |
|   | Utile d'esercizio / perdita | - 150.048,00     | 3.816,00         | - 1.612,00       | 14.864,00          |
|   | <b>Totale</b>               | <b>78.477,00</b> | <b>80.044,00</b> | <b>78.317,00</b> | <b>200.240 ,00</b> |

| N | RISTORNO AI SOCI | Anno 2008 | Anno 2009 | Anno 2010 | Anno 2011 |
|---|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|   | Ristorni         | -         | -         | -         |           |
|   |                  |           |           |           |           |

| P | PATRIMONIO                   | Anno 2008         | Anno 2009         | Anno 2010         | Anno 2011         |
|---|------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|   | Immobilizzazioni immateriali | 4.004,00          | 3.937,00          | 2.051,00          | 823,00            |
|   | Immobilizzazioni materiali   | 704.674,00        | 684.714,00        | 669.838,00        | 668.503,00        |
|   | Immobilizzazioni finanziarie | 5.750,00          | 6.160,00          | 662,00            | 802,00            |
|   | <b>Totale</b>                | <b>714.428,00</b> | <b>694.811,00</b> | <b>672.551,00</b> | <b>670.128,00</b> |

| Q | FINANZIATORI                             | Anno 2008         | Anno 2009         | Anno 2010         | Anno 2011         |
|---|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|   | Mutuo ipotecario                         | 204.503,00        | 193.540,00        | 181.892,00        | 169.516,00        |
|   | Finanziamento CM Valchiavenna            | 25.818,00         | 19.364,00         | 19.364,00         | 19.364,00         |
|   | Finanziamento Banca Credito Valtellinese | 20.505,00         | 14.615,00         | 8.362,00          | 1.723,00          |
|   | Fondo TFR                                | 208.005,00        | 239.153,00        | 261.494,00        | 271.544,00        |
|   | Altro                                    |                   |                   |                   |                   |
|   | <b>Totale</b>                            | <b>458.831,00</b> | <b>466.672,00</b> | <b>471.112,00</b> | <b>462.147,00</b> |

## 7.1 OBIETTIVI RAGGIUNTI

Il 2011 è stato un anno importante in cui si sono concretizzati alcuni obiettivi significativi come la patrimonializzazione della Cooperativa, attraverso il fondo Jeremie, che ha consentito, oltre che un consolidamento della società, anche l'avvio della ristrutturazione del nuovo CDI specializzato nel trattamento delle demenze e l'apertura del nuovo Centro Socio Sanitario, che sta decollando.

Come si è visto dall'analisi delle attività, il settore domiciliare nel suo insieme è riuscito a mantenere un certo equilibrio, raggiungendo anche un piccolo margine operativo di €. 2.811,00 (SAD -18.493,66, ADI +21.305,54); si è incrementato l'ADI e, attraverso l'aggiudicazione dell'appalto del SAD, ci si è garantiti per altri due anni la gestione del servizio. Resta una certa criticità economica del SAD, che solo in parte potrà essere compensata dall'aumento del corrispettivo, pertanto occorre mantenere un'attenzione ai costi e un'oculata gestione delle risorse di personale.

Per quanto riguarda il CPF, complessivamente l'andamento è stato buono, raggiungendo un + €. 9.519 (CDI +34.074,12, CA -24.555,81). La preoccupazione rispetto al calo di domande, pur sempre presente, si è un po' stemperata, anche alla luce dell'avvio 2012, positivo. La gestione del CPF richiede una grande capacità gestionale, che deve essere affinata per poter tenere sotto controllo sia gli aspetti qualitativi che quelli economici.

Presi dai nuovi progetti e dalla pesante gestione quotidiana, non si è riusciti solo in parte a raggiungere gli obiettivi di collaborazione con gli enti locali e con la rete del terzo settore, anche se si sono gettate le basi per un lavoro di rete, all'interno dei tavoli di settore del Piano di Zona, a cui la cooperativa ha partecipato attivamente.

Ma la mancanza è stata soprattutto sul versante interno, rispetto alla gestione delle risorse umane e dell'attenzione alla base sociale, su cui si è riusciti ad investire meno di quanto auspicato.

Il CdA ha nominato due referenti, Furic Fjioela per il CPF e Birrer Margrit per il SAD, per migliorare la comunicazione e l'interscambio tra gruppi e CdA, si è cercato di affiggere l'OdG del consiglio, per aumentare l'informazione, si sono svolte alcune riunioni di settore, prima di prendere decisioni importanti, ma c'è ancora molto da lavorare.

Anche l'obiettivo di accrescere le competenze della dirigenza per governare strategie e cambiamenti attraverso processi formativi, si è concretizzato solo in parte, in quanto il corso per amministratori richiesto non è stato finanziato, e solo nel 2012, il vicepresidente ha frequentato un corso dirigenti organizzato dal Sol.Co.

Rispetto alla sperimentazione della CA, sono stati avviati contatti con ASL e UdP, ma non si è completata la pratica, sia perché si attendevano i risultati della ricerca sia perché non si è ancora definito con chiarezza il modello che si intende realizzare.

Di seguito si riprendono gli obiettivi dichiarati nel precedente bilancio sociale per il 2011, con validità fino a maggio 2012.

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| SVILUPPO DELL' OFFERTA DI SERVIZI DELLA COOPERATIVA                 | <p>-Ruolo più incisivo nell'ambito dei servizi sociali territoriali</p> <p>-Maggiore capacità imprenditoriale</p> <p>-Offerta di servizi innovativi, diversificati e di qualità in risposta ai bisogni del territorio</p> <p>-Equilibrio economico</p> | <p>-Accrescere le competenze della dirigenza per governare strategie e cambiamenti attraverso processi formativi</p> <p>-Ampliare diversificare l'offerta</p> <p>-Aprire nuovo CDI specializzato nel trattamento delle demenze</p>  | <p>RISULTATO PARZIALMENTE RAGGIUNTO (corso dirigenti)</p> <p>RISULTATO RAGGIUNTO apertura servizio riabilitativo privato</p> <p>Lavori CDI avviati, apertura prevista giugno 2012</p>                          |
| AUMENTARE IL SENSO DI APPARTENENZA E DI COESIONE DEI SOCI           | <p>-Maggior partecipazione alla vita sociale</p> <p>-Maggior partecipazione dei soci al processo decisionale</p> <p>-Forte convergenza sui progetti comuni</p> <p>-Difesa degli interessi dei soci</p>   | <p>-Curare i processi di coinvolgimento nei processi decisionali rispetto ai soci.</p> <p>-Migliorare le modalità di comunicazione/informazione</p>   | <p>RISULTATO PARZIALMENTE RAGGIUNTO Referenti per settore</p> <p>RISULTATO PARZIALMENTE RAGGIUNTO, attraverso affissione OdG CdA</p>   |
| VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE                                  | <p>-Fidelizzazione delle risorse umane</p> <p>-Limitazione del turnover</p> <p>-Motivazione al lavoro</p> <p>-Soddisfazione del personale</p>  | <p>-Garantire stabilità occupazionale</p> <p>riduzione dei contratti a termine</p> <p>-Valorizzare professionalità attraverso formazione/aggiornamento</p> <p>-Migliorare le condizioni organizzative retribuzioni e i meccanismi premianti</p>   | <p>RISULTATO RAGGIUNTO contratti a termine sono utilizzati solo per sostituzioni</p> <p>RISULTATO RAGGIUNTO formazione</p> <p>RISULTATO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p>   |
| AVVIARE MODALITA' DI CO-PROGETTAZIONE E COLLABORAZIONE CON GLI EELL | <p>-Arricchimento del sistema di relazioni, che dovrà coinvolgere in maniera più significativa lo stesso sistema cooperativo, le istituzioni locali e le organizzazioni di terzo settore.</p> <p>-Sviluppo di nuove iniziative e servizi</p>           | <p>-Avviare contatti con EELL e sistema cooperativo su individuazione di criticità/bisogni su cui avviare iniziative/progetti</p> <p>-Partecipazione ai tavoli di settore (tavolo Anziani, ma anche tavolo psichiatriche e nuove povertà)</p> <p>-Completare il processo autorizzativi della CA e negoziare con gli enti locali forme di sostegno al servizio</p> | <p>RISULTATO PARZIALMENTE RAGGIUNTO Avviati contatti per progetto su domiciliarità e sperimentazione CA</p> <p>RISULTATO RAGGIUNTO</p> <p>RISULTATO PARZIALMENTE RAGGIUNTO Avviata pratica sperimentazione</p> |

L'analisi delle criticità di settore, unitamente agli obiettivi ancora aperti, suggeriscono di focalizzare l'attenzione su quattro aspetti, anche se alcuni obiettivi richiedono più di un esercizio per essere raggiunti:

## GESTIONE

- **ACCRESCERE LE COMPETENZE DELLA DIRIGENZA POLITICA ATTUALE E FUTURA** (miglioramento efficacia interna, divisione compiti e responsabilità, attraverso percorso formativo)
- **MODIFICARE L'ASSETTO GESTIONALE E ORGANIZZATIVO** (Accorpamento funzioni, nuovo organigramma, budgetizzazione, Maggiore strutturazione livello tecnico-gestionale anche attraverso deleghe)
- **RAFFORZARE LE CAPACITÀ MANAGERIALI DEI RESPONSABILI/COORDINATORI** (Formazione interna/esterna, riunioni di staff)
- **PERSEGUIRE EQUILIBRIO ECONOMICO** (Controllo gestione, monitoraggio acquisti/spese, bandi, finanziamenti)

## SVILUPPO

- **NUOVO CDI «DEMENZE»** (apertura e avvio progetto)
- **POTENZIAMENTO E AMPLIAMENTO ATTIVITÀ CENTRO SOCIO SANITARIO** (attività riabilitativa, nuovi specialisti, far decollare ambulatorio)
- **AMPLIAMENTO DELL'OFFERTA DOMICILIARE** (progetto «fuori orario», SAD privato)
- **RILANCIO CDI «Bette»** (individuazione nuovo target, offerta mirata a specifici bisogni)
- **SPERIMENTAZIONE CA** (progetto ASL +UdP e Regione, individuazione modello)
- **NUOVI PROGETTI** ( Sportello Badanti, Offerta servizi domiciliari a pz. con demenza)

## SISTEMA DI RETE

- **ARRICCHIRE IL SISTEMA DI RELAZIONI CON LA RETE COOPERATIVE LOCALI** (creare collaborazioni, momenti di incontro, confronto, coprogettazione)
- **AVVIARE UNA COPROGETTAZIONE CON UDP** (coprogettazione, incontri PdZ, sperimentazioni)
- **AVVIARE RETE DI RELAZIONI CON ASSOCIAZIONI SU SPECIFICI PROGETTI** (giardino terapeutico, Progetto «Meno male che c'è il vicino, sportello counselling e formazione familiari)

## RISORSE UMANE

- **MIGLIORARE SENSO DI APPARTENENZA E CLIMA** (formazione, vita sociale)
- **MIGLIORARE INFORMAZIONE E COINVOLGIMENTO DELLA BASE SOCIALE** (consegna OdG, Verbalì, Miglioramento attività referenti di settore)
- **AMPLIARE BASE SOCIALE** (coinvolgimento dipendenti in percorsi di avvicinamento, commissione integrazione nuovi soci)
- **DIFESA INTERESSI DEI SOCI** (centrale di acquisto)

## 7.3 PROSSIMO BILANCIO SOCIALE

Nel corso del prossimo esercizio è nostro intento rivedere il processo che porterà alla redazione del Bilancio Sociale 2011.

Mantenendo un coordinamento centrale facente capo al Consiglio di Amministrazione vorremmo favorire la costituzione di gruppi tematici attraverso i quali rafforzare il coinvolgimento dei numerosissimi portatori di interesse della nostra Cooperativa, in particolare quelli *esterni*, che oggi ci appaiono non sufficientemente approfonditi ed analizzati.

## 7.4 CONCLUSIONI

In questo particolare periodo storico nel quale la crisi economica ha creato grandi difficoltà alle imprese e alle famiglie, la cooperativa, in linea con lo sviluppo crescente della cooperazione a livello nazionale, ha consolidato i propri servizi e ha anche creato uno sviluppo significativo. Sviluppo declinabile in: lieve aumento del fatturato, aumento della mutualità interna, aumento del benessere prodotto per i fruitori, realizzazione di un servizio della cooperativa attraverso l'apertura del Centro Socio Sanitario e l'avvio della ristrutturazione del nuovo CDI specializzato nel trattamento delle demenze. Questi sviluppi sono stati garantiti da un impegno forte da parte del consiglio di amministrazione e di tutti i soci e operatori della cooperativa.

Nel 2011 abbiamo continuato a lavorare su questi due elementi: la qualità distintiva dei nostri servizi in linea con i nostri principi identitari e una buona rete di collaborazioni.

L'attivazione di collaborazioni con altre realtà e servizi, nel rispetto reciproco delle proprie autonomie è il modello di lavoro che la cooperativa intende perseguire intendendo mantenere una dimensione medio-piccola. Questa scelta permette di mantenere dei rapporti diretti e di attenzione verso le persone, elementi che connotano lo stile di Arca e oltre ad essere maggiormente governabili sono per la cooperativa principi prioritari e irrinunciabili.

*Ci sono due scelte nella vita: accettare le condizioni in cui viviamo o assumersi la responsabilità di cambiarle*

*Denis Waitley*