

L'ARCA SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE



BILANCIO SOCIALE 2013

INDICE

SEZIONE 1 – INTRODUZIONE:	2
1.1 Obiettivi del bilancio sociale	2
1.2 Destinatari	3
1.3 Metodologia	3
SEZIONE 2 – L'IDENTITA' DELLA COOPERATIVA	4
2.1 Carta d'identità	4
2.2 Finalità istituzionali e oggetto sociale	5
2.3 Valori e orientamenti	5
2.4 La visione	8
2.5 La missione	9
2.6 Territorio di riferimento	10
2.7 Aree di intervento	10
2.8 Attraverso la nostra storia	12
SEZIONE 3 – GOVERNANCE	13
3.1 Composizione della base sociale	13
3.2 Il consiglio di amministrazione	14
3.3 L'assemblea	15
3.4 Organi di controllo	15
3.5 Struttura di governo	16
SEZIONE 4 – RELAZIONE DI MISSIONE	17
4.1 Le attività svolte nel 2013	17
Comunità di accoglienza	17
Struttura intermedia socio sanitaria (post acuti)	24
Il centro diurno integrato di Bette	33
Il centro diurno integrato Il Girasole	40
Il servizio di assistenza domiciliare (SAD)	49
Centro di animazione sociale di S. Croce	55
Servizio di orientamento e supporto al lavoro privato di cura	55
Il servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI)	60
Ambulatorio e palestra di fisioterapia	65
SEZIONE 5 –PORTATORI DI INTERESSE	66
5.1 Mappa dei portatori di interesse	66
5.2 Soci, Personale e Volontari (stakeholder interni)	66
5.3 Le reti (stakeholder esterni)	73
SEZIONE 6 – LA DIMENSIONE ECONOMICA	75
SEZIONE 7 – PROSPETTIVE FUTURE	79
7.1 Verifica obiettivi previsti per il 2013	79
7.2 Obiettivi strategici	80
7.3 Conclusioni	81

Sezione 1 - INTRODUZIONE

1.1 OBIETTIVI DEL BILANCIO SOCIALE

La Cooperativa Sociale L'Arca ha redatto il Bilancio Sociale 2013 tenendo presenti i seguenti obiettivi:



1.2 DESTINATARI

Il Bilancio Sociale è rivolto a tutti quei soggetti che interagiscono con la Cooperativa, in particolare si individuano due categorie di destinatari:

Destinatari esterni:

Clienti, Utenti, Familiari, Fornitori, Finanziatori, Enti Pubblici e privati, le banche, le realtà del Terzo Settore con cui abbiamo avviato un buon lavoro di rete che ci ha visti e ci vede tuttora lavorare fianco a fianco in vari progetti.

Destinatari interni:

Soci (lavoratori e non), Personale dipendente e i Volontari che collaborano con la Cooperativa

1.3 METODOLOGIA

Il presente Bilancio Sociale che si riferisce all'**anno di rendicontazione 2013**.

Alla sua stesura ha collaborato un piccolo tavolo di lavoro che ha visto coinvolti differenti livelli, in particolare i Responsabili e Coordinatori dei servizi e dell'Area Amministrativa.

La metodologia utilizzata per la redazione del Bilancio Sociale ha visto la ricerca e la condivisione dei dati necessari con il Consiglio di Amministrazione.

Le informazioni sono state attinte da: dati economici, carta dei servizi, organigramma, procedure e relazioni sui servizi, che attestano e monitorano tutte le attività della Cooperativa. L'opera di condivisione vuole essere da un lato un modo per poter controllare la coerenza tra obiettivi strategici, mission, modalità di operare della Cooperativa; dall'altro lato è uno strumento per mostrare la trasparenza della Cooperativa stessa.

MODALITÀ DI PUBBLICIZZAZIONE E DI UTILIZZO

Il Bilancio Sociale vuole essere un documento condiviso e conosciuto, in quanto tale prevede canali di comunicazione interni ed esterni.

Internamente il Bilancio Sociale viene restituito all'interno dell'assemblea soci e attraverso la diffusione del documento ai soci e ai lavoratori.

All'esterno il presente bilancio viene reso noto attraverso la sua pubblicazione sul sito della Cooperativa (www.arcasociale.com) sia attraverso l'invio telematico o cartaceo dello stesso a tutti i soggetti previsti come destinatari esterni della Cooperativa.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Il presente Bilancio Sociale utilizza, come riferimenti normativi i seguenti:

- La deliberazione n° VIII/005536 del 10/08/2007 della Regione Lombardia
- BURL n° 23 del 08/06/2009 la circ. reg. n° 14 del 29/05/2009 che riporta le indicazioni e le note esplicative per la redazione del Bilancio Sociale delle Cooperative.

Il Bilancio Sociale è stato approvato dall'Assemblea dei Soci in data 20 maggio 2014.

Sezione 2 – L'IDENTITA' DELLA COOPERATIVA

2.1 CARTA DI IDENTITA'

Denominazione: L'Arca Società Cooperativa Sociale

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

Sedi operative: n.2:

-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

Associata a Confcooperfidi

2.2 FINALITA' ISTITUZIONALI E OGGETTO SOCIALE

L'Arca è un **ente non profit (ONLUS)**, essendo assente per statuto la finalità di lucro, che ha quale obiettivo la promozione umana e l'integrazione sociale dei cittadini, perseguendo principi di mutualità e solidarietà sociale, che opera tuttavia con modalità imprenditoriali, con una prevalenza dell'obiettivo sociale su quello economico.

L'Arca, **come da Statuto**, 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

2.3 VALORI E ORIENTAMENTI

Il nostro agire quotidiano è incentrato su alcune parole-chiave che rappresentano i nostri valori:

RISPETTO: riconoscimento dell'unicità e della diversità di ogni persona e della sua autonomia

TRASPARENZA: chiarezza e autenticità nei rapporti e condivisione di informazioni e obiettivi.

PROFESSIONALITÀ: volontà di operare con rigore e competenza e di crescere attraverso un aggiornamento continuo.

RESPONSABILITÀ: la consapevolezza del nostro agire per il benessere delle persone e ci porta ad operare con integrità, nel rispetto degli impegni assunti verso i clienti e la comunità.

SPIRITO DI SQUADRA: condivisione di obiettivi, progetti, valorizzando il contributo di ognuno.

VALORIZZAZIONE DELLA PERSONA: capacità di relazione, ascolto ed empowerment nei confronti dei nostri clienti e collaboratori.

PASSIONE: anima il nostro lavoro, è l'energia positiva l'entusiasmo che trasmettiamo alle persone che ci stanno intorno e che ci dà la carica per affrontare ogni giorno il nostro lavoro.

FLESSIBILITA': per adeguarsi ai cambiamenti, ai bisogni e alle richieste dei clienti.

I valori indicati orientano sia le strategie che le linee operative e di gestione, che si possono così sintetizzare:



BENESSERE E CONDIVISIONE DEI BISOGNI: La Cooperativa sociale L'Arca è **orientata al benessere delle persone** incontrate, prima che alla cura delle loro fragilità, disabilità e malattie. In questo senso, prima che servizi specifici, sono ricercate e promosse le condizioni perché esse possano autonomamente adempiere al proprio progetto di vita anche in presenza di disagi, limitazioni e difficoltà

La Cooperativa, in coerenza con i principi cui si ispira, è impegnata a **leggere i bisogni del territorio, condividendoli con i diversi attori** 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.

SUSSIDIARIETA E VALORIZZAZIONE DELLE RETI INFORMALI: L'Arca si ispira 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**, accolte come parte integrante di ogni progetto e come segno della continuità storica e esistenziale che la persona desidera e persegue.

SPECIALIZZAZIONE, QUALITA' E INNOVAZIONE: Lo scopo della Cooperativa consiste nell'offrire agli utenti **servizi specializzati e qualificati** che garantiscano alle persone una **qualità di vita** il più elevata possibile, rispettando la loro individualità, dignità e riservatezza, facendosi carico dei peculiari bisogni fisici, psichici, sociali e relazionali, promuovendo **l'autonomia, l'inserimento sociale e riducendo**, per quanto possibile, gli **stati di disagio**, in una logica di promozione alla salute, non rinunciando alla ricerca di **soluzioni innovative**. L'attività della Cooperativa è articolata in **unità d'offerta e servizi diversificati ma collegati**, in grado di garantire una **risposta appropriata alle diverse esigenze degli anziani incontrati**, dal bisogno di trovare soddisfazione alle proprie capacità e interessi, al desiderio di esprimere i propri punti di vista e desideri, fino alle necessità più complesse di sostegno sociale, assistenziale e sanitario, secondo modalità orientate a favorire il desiderio di normalità di ogni persona.

VALORIZZAZIONE RISORSE UMANE: Coerentemente con questi obiettivi, la Cooperativa L'Arca opera in una logica di **valorizzazione delle risorse umane**, garantendo il rispetto delle norme, la tutela dei diritti e favorendo lo sviluppo di un ambiente idoneo a garantire una buona qualità di vita e di relazioni anche per chi opera per il benessere della persona seguita. E' quindi favorita la condivisione degli obiettivi e la **partecipazione** alle scelte che la Cooperativa è chiamata a compiere, ma anche promossa la crescita umana, culturale e professionale delle risorse che cooperano alla loro realizzazione.

TERRITORIALITA' E LAVORO IN RETE: L'Arca ha sempre privilegiato la **territorialità** intesa come **appartenenza alla comunità** in cui la Cooperativa è nata e come **scelta di operare in un territorio ben definito**, ambito che consente la conoscenza dei bisogni, il contatto con la popolazione, il monitoraggio concreto dell'esperienza, la conoscenza e il coinvolgimento delle diverse espressioni della solidarietà.

L'Arca promuove la **collaborazione e lo scambio con altre cooperative e organizzazioni di volontariato** del territorio e della provincia, al fine di creare e rafforzare **una rete** di sinergie, di competenze, di sistemi operativi, di metodologie e innovazione.

2.4 LA VISIONE

“Il modo migliore per avere successo nel futuro, è crearlo”

La visione è la *proiezione* di uno **scenario futuro** che rispecchia gli ideali, i valori ma anche le aspirazioni della Cooperativa. Occorre essere ancorati al presente, ma orientati al futuro, con obiettivi ardit, sfidanti...



L'Arca nel prossimo futuro intende diventare il **punto di riferimento delle politiche sociali a favore della popolazione anziana**, un'azienda che propone **servizi di eccellenza**, capace di proporre soluzioni adeguate alle esigenze e alle scelte dei clienti e delle loro famiglie.

Per questo intende innovare i propri servizi e sviluppare alcune nuove aree strategiche:

- potenziandosi sotto il profilo imprenditoriale ed organizzativo
- realizzando una gestione economica e finanziaria capace di garantire lo sviluppo della cooperativa, anche attraverso un'azione di ricerca di fondi e di sviluppo della comunicazione
- rafforzando l'azione di governo
- differenziando e ampliando la base sociale
- coinvolgendo le famiglie e le reti informali
- stimolando la creazione di un welfare comunitario
- facendo sistema con le altre realtà del terzo settore
- operando in sinergia con la rete dei servizi

L'Arca intende inoltre operare affinché le condizioni economiche da proporre ai propri soci ed operatori siano tali da poter contare sul contributo protrato nel tempo di persone preparate e motivate, legate al lavoro da un compenso economico e da incentivi formativi tali da garantire la giusta motivazione, in un **clima di lavoro attento al benessere** di ognuno e improntato alla condivisione e alla partecipazione.

2.5 LA MISSIONE

La missione serve a stabilire quale è il **fine di un'organizzazione**, la ragione stessa della sua esistenza e in cosa si differenzia dalle altre aziende concorrenti. La missione rappresenta la **'rotta'** che la cooperativa sceglie di seguire per realizzare la propria *visione*. Mentre la visione è proiettata nel futuro, la missione incarna il presente.



La nostra missione è fare in modo che gli anziani possano contare su una vecchiaia serena, ricca di stimoli e di relazioni, anche quando fragile o segnata dalla malattia, e che le famiglie si sentano ascoltate, coinvolte e sostenute negli eventi critici e nel percorso di cura.

Per questo operiamo affinché gli anziani possano vivere il più possibile al loro domicilio e quando non è più possibile, siamo impegnati a ricercare soluzioni che non costituiscano una frattura con l'esperienza precedente, ma che possano ricreare, il più possibile, un ambiente familiare, dove la vita quotidiana sia attiva e rispettosa delle abitudini delle persone ricoverate e dove ogni azione abbia valenza riabilitativa e riattivante.

La qualità che la Cooperativa vuole garantire si estende fino alla tutela delle esigenze di fine vita, accogliendo il significato e la qualificazione tecnica della cultura delle cure palliative, finalizzate a prendersi cura di chi non può guarire, garantendo sostegno, accoglienza e dignità.

Ci poniamo al servizio dei familiari, per fornire supporto, consulenza nel fronteggiare gli eventi critici, ma anche opportunità di condivisione, di formazione, di confronto, accompagnandoli in un percorso che, affrontato da soli, per molti sarebbe insostenibile.

Coltiviamo la possibilità di un autentico incontro nella relazione d'aiuto, "stando accanto" alle diverse forme di difficoltà esistenziali, offrendo ascolto e facilitando connessioni.

Per questo offriamo ai nostri clienti servizi sanitari e di assistenza con professionalità, accoglienza, umanità e tempestività, valorizzando la persona e rendendola partecipe nella ricerca di soluzioni ai suoi bisogni.

Serietà, umanità e calore accompagnano sia il rapporto con gli ospiti e le loro famiglie sia le relazioni con le persone che lavorano presso i nostri servizi e le nostre residenze, cui proponiamo un aggiornamento continuo perché siano sempre interlocutori adeguati per gli ospiti e mantengano viva la passione per il proprio lavoro.

2.6 TERRITORIO DI RIFERIMENTO

Il territorio di riferimento della Cooperativa è quasi esclusivamente la Valchiavenna, in provincia di Sondrio, anche se rispetto nella CA e nella SISS vengono accolti utenti anche di altri distretti.

2.7 AREE DI INTERVENTO

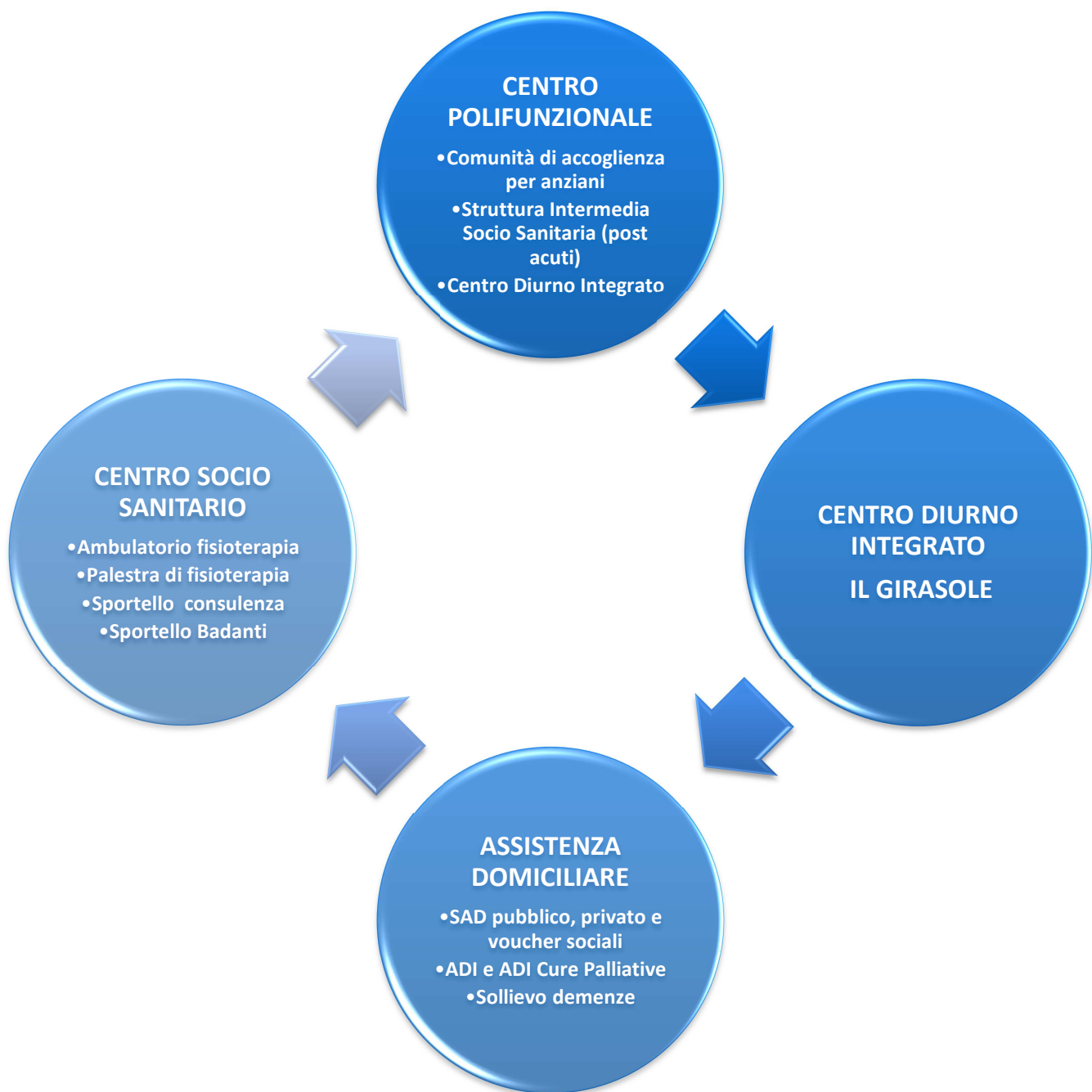
	Anziani	Disabili	Famiglie	Disagio sociale	Disagio psichico	Adulti
Residenziale	x					
Domiciliare	x	x	x	x	x	x
Diurno	x					
Territoriale	x		x			x

La Cooperativa si è specializzata negli interventi a favore dei **soggetti fragili (anziani e persone non autosufficienti)**, ma nell'ambito dei servizi domiciliari si occupa anche di problematiche diverse (disabilità, problemi psichici, disagio sociale, famiglie).

Si occupa inoltre di prevenzione e di consulenza psico-sociale e formazione ai familiari.

Nel centro di fisioterapia, i pazienti sono prevalentemente adulti, di tutte le età.

Nel grafico seguente sono sintetizzate le principali aree di intervento:



2.8 ATTRAVERSO LA NOSTRA STORIA

Riportiamo in sintesi le principali fasi della storia della Cooperativa L'Arca.

Le origini

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 collaborazione con alcuni comuni.

lo sviluppo e la crisi

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, mentre L'Arca decise di specializzarsi sui servizi per anziani e per adulti non autosufficienti.

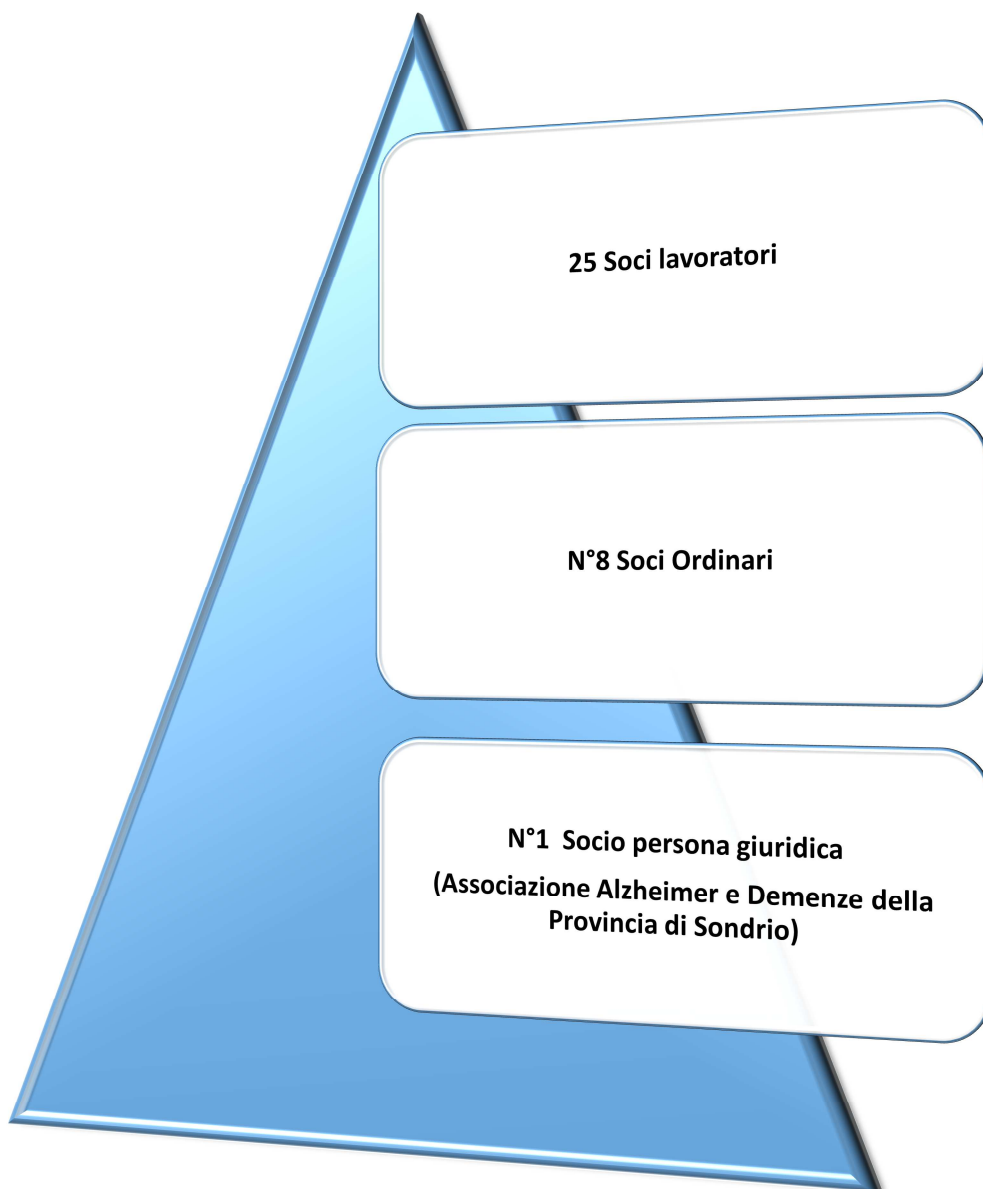
la riorganizzazione

Dopo la perdita dell'appalto con la Casa di Riposo e con alcuni comuni per il SAD, nel 1993-94, 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 (CPF) o accreditati (SAD,ADI, CDI), non rinunciando mai a ripensare la propria offerta in relazione all'evolversi dei bisogni del territorio.

3.1 COMPOSIZIONE DELLA BASE SOCIALE

Al 31.12.2013 la Cooperativa risultava composta da n°34 Soci, 32 femmine, 1 maschio e 1 associazione, come nel 2012:



3.2 IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Il CdA stato nominato nel 2011, attualmente è composto da n° 5 membri e dura in carica fino all'Assemblea di approvazione del Bilancio dell'esercizio 2013.

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'allocazione delle sue risorse umane, finanziarie ed immobiliari. Il CdA della cooperativa nell'anno 2013 si è riunito 6 volte e la partecipazione media è stata del 76%.

Gli argomenti su cui il CdA ha deliberato sono stati i seguenti:

- ▶ Comunicazioni relative alla pratica FRIM-
- ▶ Esito sopralluogo Ispettorato del Lavoro
- ▶ Esito vigilanza ASL su SISS – ADI - CDI
- ▶ Verifica andamento periodico dei servizi.
- ▶ Approvazione del Piano della Formazione
- ▶ Richieste di aspettativa non retribuita personale
- ▶ Aggiornamento pratiche recupero crediti.
- ▶ Redazione Bilancio d'Esercizio al 31.12.2012 e relativa Nota Integrativa
- ▶ Redazione Bilancio Sociale 2012 – definizione obiettivi e modalità di lavoro.
- ▶ Valutazione proposte Ecolario in materia di sicurezza sul lavoro
- ▶ Proposte di consulenza organizzativa.
- ▶ Convenzione per manutenzioni varie
- ▶ Comunicazione percorso formativo adeguamento Dlgs 231/2001
- ▶ Esame situazione contabile al 31.03.2013 – 30.06.2013-30.09.2013
- ▶ Problema trasporto CDI e proposte per 2013.
- ▶ Collaborazioni professionali ADI e Centro socio sanitario
- ▶ Riparazione cancello elettrico
- ▶ Proposta installazione sistema videosorveglianza
- ▶ Stampa volumi progetto Re-Up e programma serata pubblica
- ▶ Corso Validation – collaborazione per organizzazione
- ▶ Progetto finanziato da ProValtellina – 2 tranche lavori.
- ▶ Bando gara d'appalto SAD
- ▶ Revisione rette CA
- ▶ Progetto post acuti – risultati gruppo di lavoro
- ▶ Proposte di ristrutturazione servizi/personale e contenimento costi anno 2014
- ▶ Incarichi collaboratori 2014
- ▶ Proposta collaborazione con Cooperativa Nisida per il Progetto “ADI Demenze”
- ▶ Convocazione Assemblee Ordinaria dei Soci

Il Consiglio uscente ha elaborato una proposta per il ricambio istituzionale, chiedendo ai Responsabili e Coordinatori di servizio di impegnarsi nel prossimo CdA che si trova a dover affrontare sfide impegnative che richiedono una conoscenza dei servizi e della storia della Cooperativa, per governare i cambiamenti in programma. Sta inoltre valutando di allargare il CdA a membri esterni, provenienti dal mondo della Cooperazione. In particolare ha chiesto alla Cooperativa Nisida di esprimere un rappresentante, quale primo step di collaborazione intercooperativo.

3.3 L' ASSEMBEA

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 2013 le Assemblee sono state n°2.

Gli argomenti su cui l'Assemblea è stata chiamata a deliberare sono stati:

1. Esame ed approvazione del Bilancio di esercizio al 31/12/2012 e Nota Integrativa
2. Esame ed approvazione del Bilancio Sociale 2012
3. Relazione stato dei servizi e andamento economico della Cooperativa
4. Presentazione del Piano Aziendale 2014

Le Assemblee sono state precedute da incontri di settore in cui sono stati condivise informazioni e raccolte le esigenze, proposte, confluite successivamente nei documenti ufficiali (Bilancio Sociale, Piano Aziendale).

3.4 ORGANI DI CONTROLLO

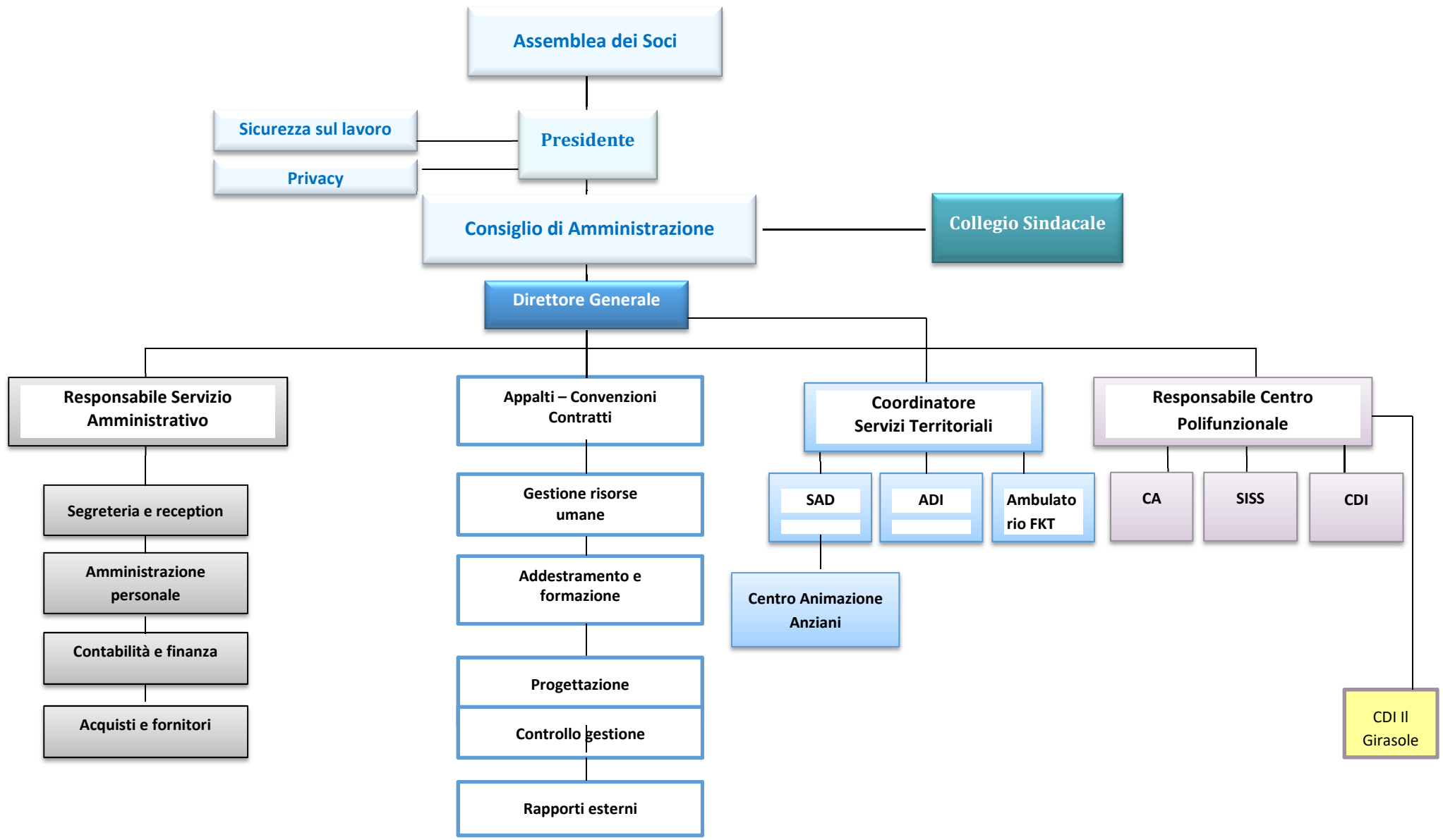
Dal 2012 la Cooperativa, avendo superato i 120.000,00 di capitale sociale ha dovuto dotarsi di un Collegio Sindacale.

Il collegio è costituito da tre membri effettivi e da due supplenti e partecipa a tutte le riunioni del Consiglio di Amministrazione e alle Assemblee.

Oltre che alle riunioni del CdA, il Collegio Sindacale si riunisce trimestralmente per effettuare le verifiche di competenza.

3.5 STRUTTURA DI GOVERNO

Di seguito si visualizza l'Organigramma della Cooperativa



Sezione 4 - RELAZIONE DI MISSIONE

4.1 LE ATTIVITA' SVOLTE NEL 2013

COMUNITÀ DI ACCOGLIENZA

Inaugurata il 12 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.

La differenza sostanziale rispetto alla RSA, oltre che nelle ridotte dimensioni, sta nella filosofia operativa, più orientata 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 senza disturbi comportamentali, disabilità motoria).



SCHEDA SINTETICA SERVIZIO CA

OBIETTIVO CA	L'obiettivo di questo servizio consiste nel sostenere le situazioni di fragilità dell'anziano e della famiglia, offrendo un ambiente che riproduca il più possibile le caratteristiche del contesto domestico, arricchito da occasioni di socializzazione e vita comunitaria, da servizi di sostegno alla quotidianità o di protezione sanitaria leggera.	“ MENO Struttura Protetta, PIU' CASA ! ”
DESTINATARI	Destinatari della CA sono tutti gli anziani che per propria volontà o per motivazioni familiari, sociali o sanitarie non possono più vivere a casa o desiderano un livello di maggior protezione socio-sanitaria in un ambiente confortevole e familiare. In particolar modo è rivolta agli anziani più a rischio, i cosiddetti "anziani fragili"	<ul style="list-style-type: none"> • i grandi anziani • anziani soli • anziani con lutti recenti • anziani con deficit motori • con lieve deterioramento mentale • dimessi di recente dall'ospedale • che non usufruiscono di servizi socio-sanitari
RICETTIVITA'	Attualmente la CA ha n.16 posti letto	Per uomini e donne
SERVIZI OFFERTI	<p>Agli Ospiti viene garantito un buono standard di comfort alberghiero in camere doppie nonché assistenza e cura notturna e diurna da parte di personale esperto e qualificato</p> <p>L'accoglienza è integrata da servizi sanitari in alcuni momenti della giornata.</p> <p>In CA possono essere attivati i normali servizi territoriali (Medico di base, Assistenza Domiciliare Integrata) in aggiunta agli interventi di operatori sanitari interni.</p> <p>Grande attenzione viene rivolta all'animazione.</p> <p>Vengono inoltre fornite tutte le prestazioni alberghiere con personale interno.</p>	<p>Prestazioni :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cure personali ▪ Somministrazione del vitto, ▪ Programmi specifici di mantenimento dell'autonomia ▪ Prestazioni mediche ▪ Prestazioni infermieristiche ▪ Prestazioni riabilitative ▪ Animazione, laboratori e proposte per il tempo libero ▪ Lavanderia/Stireria ▪ Ristorazione con cucina interna ▪ Pulizia ambienti ▪ Servizio trasporto (per visite) ▪ Parrucchiere/pedicure
TEMPI PERMANENZA	Minimo 15 gg	
RETTA	Totalmente a carico dell'Ospite	Differenziata per brevi/lunghe permanenze
AMMISSIONE	Diretta (su richiesta alla Cooperativa)	

UTENZA

Gli utenti nel corso del 2013 sono stati n. 49, di cui n. 2 uomini e n. 47 donne.

I dati relativi all'utenza mostrano una stabilizzazione della tendenza già osservata negli ultimi 2 anni: una quota ristretta di utenti a lunga permanenza (n.12) e un gruppo di utenti temporanei, aumentato nel 2013.

I nuovi utenti nel 2013 sono stati n. 34 (di cui 8 ricoveri temporanei di ospiti del CDI) contro i n.37 del 2012.

Segue tabella comparativa rispetto al 2012, rispetto all'utenza e ai tempi/modalità di permanenza.

Utenza	2012	2013
Posti letto	22/14	16
Utenti totali nell'anno	56	49
Di cui nuovi utenti	37	34
Di cui a lungo periodo	21	12

TEMPI DI PERMANENZA

Rispetto ai tempi di permanenza si considerano i giorni di presenza effettivi, nel 2013, anche se fruiti in più momenti dell'anno e indipendentemente dal tipo di contratto a lunga o breve permanenza. Infatti 7 utenti (per lo più del CDI) hanno usufruito di brevi accoglienze in più momenti dell'anno (2,3,4 volte).

Per utenti a lungo periodo si intendono coloro che, indipendentemente dai tempi di permanenza nel 2013, hanno un contratto a tempo indeterminato o indefinito in attesa di ricovero in RSA.

Segue tabella comparativa rispetto al 2012, rispetto ai tempi/modalità di permanenza.

Tempi di permanenza						
anno	1 mese	fino a 3 mesi	Da 3 a 6 mesi	+ di 6 mesi	Residenti per 12 mesi	Totale
2011	16	5	8	19	5	53
2012	25	7	5	8	11	56
2013	21	13	3	4	8	49

Da notare che nel 2013 :

- ▶ sono aumentate le permanenze brevi, entro i 30 gg e fino a 3 mesi, (anche in momenti diversi dell'anno) che rappresentano quasi il 70%, contro il 56% del 2012 e il 40% del 2011
- ▶ sono diminuite le permanenze tra 3 e 6 mesi, più che dimezzate dal 2011
- ▶ sono diminuite le permanenze oltre i 6 mesi, passate da 19 del 2011 a 4 nel 2013
- ▶ sono diminuiti i residenti per 12 mesi, scesi a 8.

I dimessi sono stati in totale n. 36

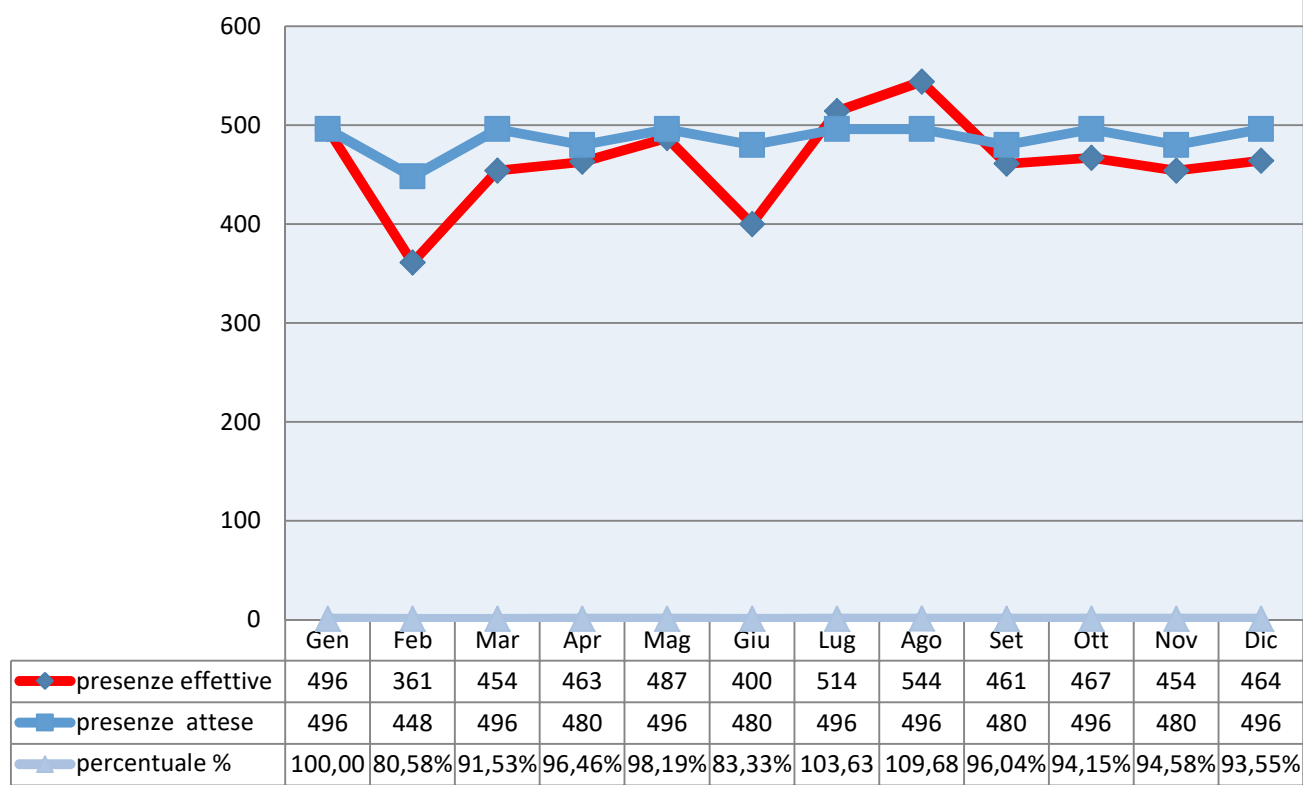
- n. 6 sono entrati in RSA
- n. 1 Comunità "Il Delfino"
- n. 2 deceduti (ospiti residenti)
- n. 3 sono stati trasferiti nel servizio post acuti
- n. 24 per scadenza contrattuale

SATURAZIONE

La crisi stagnante, la minore disponibilità di denaro, l'aumento delle rette, hanno orientato le famiglie verso richieste di periodi più brevi di accoglienza e verso la decisione di trasferire l'anziano in RSA non appena possibile.

Ugualmente sono diminuite le richieste e non si forma più nessuna lista d'attesa, anche se complessivamente, avendo diminuito i posti letto, e tenendo conto delle fisiologiche uscite dal servizio (ricoveri in RSA/decessi), nel 2013 si è avuta una buona saturazione dei posti letto (95%).

Andamento presenze CA 2013



RISULTATI DEI QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE C. A. 2013

Il campione è stato calcolato considerando 17 ospiti del totale delle presenze che sono 49 durante l'anno – di cui: n° 3 (storici) n° 14 (nuovi ospiti)

Hanno risposto al questionario

> 13 famigliari

> 04 ospiti

Complessivamente viene dato un giudizio positivo (10 buono – 7 ottimo) rispetto alle prestazioni fornite nella CA da parte di tutti i parenti che dagli ospiti (100% di risposte positive). Tutte le persone interviste affermano che l'organizzazione risponde con tempestività alle richieste/reclami degli ospiti (17 si). N. 10 apprezzano la possibilità di ricoveri temporanei. Tutti hanno avuto rapporti positivi con la Responsabile (15) e N.10 si sono sentiti sostenuti dall'Assistente Sociale, 4 in parte.

I nuovi utenti hanno valutato un buon livello riguardo le informazioni ricevute al momento della richiesta (14), sia per dell'accoglienza (14). Tutte del attività socio sanitarie del Centro vengono apprezzate, quelle riabilitative e motorie (65%) e quelle di animazione solo dal 35%, in quanto molte persone non hanno partecipato alle attività.

Sia i parenti che gli utenti giudicano buono il livello di pulizia (100%) e buono il servizio di lavanderia (100%) anche rispetto al vitto, sia alla varietà, quantità e alla qualità della preparazione (94%), solo 1 è risultato poco soddisfatto. L'orario dei pasti corrisponde per la maggioranza alle proprie abitudini con (94%) il 94% ritiene idonee le attrezzature messe a disposizione degli ospiti.

Il rapporto con le diverse figure professionali appare ottimo/buono:

Medico (100%)

Infermiere (100%)

Personale di assistenza (100%)

Fisioterapista (65%) un unico utente non ha apprezzato l'attività riabilitativa

Animatore (70%)

La maggioranza degli ospiti si sente libera di esprimere i propri bisogni e richieste al personale (94%) si sente coinvolto sulle decisioni che lo riguardano sono 26 ospiti di cui 3 solo in parte e 4 non rispondono (88%). N.6 anziani afferma di non avere mai aspettato più di cinque minuti l'arrivo del operatore dopo avere suonato il campanello, altri 7 affermano di aver atteso qualche volta. In generale non infastidisce l'uso del "tu", anzi viene considerato un modo per familiarizzare (13), per 2 è indifferente. N.16 affermano di aver visto rispettato le proprie abitudini, 1 in parte.

Le alternative alla CA sono:

- le risorse familiari 7

- assistenza privata 4

- badante 6

- Casa di Riposo 7

- Non so 2

-Altro 1 (CDI)

Alla domanda in quale misura trova la Comunità utile, la maggioranza dei famigliari e degli ospiti intervistati lo ritengono un servizio indispensabile (12), utile 5.

Possiamo quindi dare un giudizio complessivamente positivo sull'attività svolta nel 2013, confermata da un buon riscontro ottenuto dai questionari di soddisfazione sottoposti all'utenza, anche se il campione è ridotto rispetto al passato.

PUNTI DI FORZA

La Comunità Alloggio per anziani rientra tra le sperimentazioni di una nuova residenzialità "leggera" nata per rispondere ad una fascia di utenza caratterizzata da livelli di autonomia o di indipendenza personale che non troverebbero posto o un'adeguata collocazione in una RSA. E' una struttura svincolata dai criteri di accreditamento, rientrante nella sperimentazione di nuove unità d'offerta nell'ambito della rete sociale, di competenza comunale, prevista dal Decreto del Direttore Generale (Ddg) n.1254 del 15 febbraio 2010 – Titolo 5 (esula dalla rete sociale per la quale esistono standard definiti)

L'esperienza della Comunità Alloggio ha successo ad alcune condizioni :

- garanzia di un'adeguata valutazione pre ingresso
- ammissione in Comunità nel rispetto della volontà di anziano e/o famiglia, ma anche a seguito di verifica della rispondenza del servizio ai bisogni della persona
- monitoraggio costante della situazione ed eventuale attivazione di altri Servizi / prestazioni che permettano di continuare a vivere in comunità residenziale
- dimissione pianificata, qualora si evidenzino un aggravamento della situazione che la renda incompatibile con la vita in comunità, solo a seguito di individuazione e reperimento di altro servizio
- predisposizione di un progetto personalizzato di intervento orientato alla salvaguardia delle autonomie ed alla soddisfazione dell'anziano, per una vita serena e dignitosa
- garanzia di collegamento e possibile attivazione dei servizi domiciliari (ADI, voucher/credit), in accordo con il MMG, quando necessario
- disponibilità del tessuto sociale ad accogliere il Servizio, aperto alla comunità e mantenimento di un adeguato livello di iniziative di socializzazione (abitante della "comunità" intesa come dimora e della "comunità" intesa come appartenenza sociale)
- criteri organizzativo-gestionali che coniughino flessibilità e garanzia di protezione
- diversificazione del livello di protezione in relazione al quadro globale della persona
- stretta connessione con i servizi socio sanitari della rete territoriale (MMG, Ufficio di Piano, ASL, rete ospedaliera, ADI, ecc.)

CRITICITÀ

La CA ha sostanzialmente due criticità:

- ▶ la tipologia di utenza accolta
- ▶ la fragilità economica

Rispetto alla tipologia degli ospiti, infatti, nonostante l'attenzione in fase di ammissione, spesso vengono ammessi ospiti più compromessi rispetto agli standard previsti sia per motivi legati a urgenze o ad esigenze familiari sia per saturare i posti letto.

La fragilità economica è in parte legata alla tipologia di ospiti, che richiedono livelli di assistenza più intensi, sia alla mancanza di contributi da parte della Regione, che ancora non ha normato queste tipologie di servizio.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Nonostante la fase difficile di contesto socio economico, non bisogna smettere di coniugare la **sostenibilità economica** con l'erogazione di un **servizio qualificato**, mirato ad una **tipologia di utenza ben definita**, indirizzato verso una **minor sanitarizzazione**, a favore di interventi che alimentino **una maggiore autonomia decisionale dell'ospite** e il mantenimento di abilità funzionali, attraverso azioni naturali della vita quotidiana.

In tale contesto si inserisce anche un **maggior coinvolgimento della rete familiare e informale** nella gestione diretta del servizio, sia per abbattere alcuni costi, sia per evitare il rischio di delega e di spersonalizzazione del servizio.

Per raggiungere tali obiettivi si prevede di:

AMBIENTE

Migliorare la personalizzazione degli ambienti, in particolare le camere, per renderli più familiari. Migliorare la distribuzione degli spazi comuni, differenziando gli ambienti per renderli più fruibili e mirati. Acquistare nuove attrezzature/ausili

OSPITI E FAMIGLIE

Coinvolgere maggiormente gli Ospiti residenti e i Familiari nelle decisioni quotidiane che li riguardano direttamente e nella gestione di alcune fasi del servizio, attraverso incontri strutturati periodici. (ex.Comitato Ospiti)

TARGET

Cambiare gradualmente la tipologia di utenza, trasformando la CA in una struttura socio assistenziale a "bassa - media intensità assistenziale" per diminuire anche i costi di gestione e la complessità organizzativa

RICONOSCIMENTO-AUTORIZZAZIONE

Avviare la pratica di riconoscimento e autorizzazione della CA come Comunità socio-sanitaria, sfruttando l'esperienza dei post acuti

EQUILIBRIO ECONOMICO

Mantenere un buon tasso di saturazione dei pl, attraverso una campagna di comunicazione incisiva, calmierazione delle rette, formule innovative nell'accoglienza e ricerca nuove fonti di finanziamento.

RIORGANIZZAZIONE

Graduale riorganizzazione del servizio per adeguarlo alle nuove esigenze dell'utenza e di bilancio. (Piano Aziendale)

STRUTTURA INTERMEDIA SOCIO SANITARIA (POST ACUTI)

La Struttura Intermedia Socio Sanitaria (SISS) si colloca nell'ambito degli interventi relativi all'area della fragilità e della non autosufficienza – assistenza post acuta, previsti dalla DGR. IX/3239 del 4.04.2012 della Regione Lombardia “LINEE GUIDA PER L'ATTIVAZIONE DI SPERIMENTAZIONI NELL'AMBITO DELLE POLITICHE DI WELFARE”.

Il progetto, presentato dalla Cooperativa Sociale L'Arca il 29.06.2012 è stato approvato e finanziato dalla Regione Lombardia con Decreto n.7034 del 2.08.2012.

La fase di sperimentazione del servizio post acuti, avviata il 5.11.2012 si è conclusa il 31.01.2014, ma il servizio ha continuato a funzionare, con un contratto confermato fino a giugno 2014, dopo di che si attenderanno le decisioni della Regione Lombardia in merito alle modalità di prosecuzione.

La nuova unità di offerta è collocata nel Centro Polifunzionale di Servizi all'anziano, insieme alla Comunità di accoglienza per anziani (residenzialità leggera) e al Centro Diurno Integrato.

Lo scopo per cui nasce questo servizio è il recupero funzionale delle autonomie motorie della persona che, a seguito di un evento acuto, si trova in una situazione di momentanea disabilità e/o non autosufficienza. Il recupero riguarda infatti anche le attività necessarie alla vita quotidiana che la persona non riesce più a svolgere: mangiare, vestirsi e prendersi cura di sé. L'assistenza non è concentrata solo sul recupero funzionale dell'arto che ha subito il trauma, ma si allarga a considerare tutta la persona, fino ad arrivare al tempo libero e ad un'animazione che tiene conto delle inclinazioni del paziente.

La riabilitazione assume, quindi, un ruolo non soltanto terapeutico, ma anche preventivo, volto ad evitare o almeno limitare l'aggravamento motorio o la disabilità permanente.

Il percorso residenziale è completato dalla possibilità di un accompagnamento domiciliare per facilitare le dimissioni e il reinserimento a domicilio.

Nel corso del 2013 sono state realizzate due importanti migliorie relative alla SISS, ma a favore di tutto il CPF:

- la ristrutturazione del bagno assistito, attraverso lo spostamento del wc, per facilitare la movimentazione degli ospiti non autonomi e la creazione dell'angolo beauty
- la realizzazione di una parete divisoria mobile per separare la palestra dall'angolo soggiorno.



SCHEDA SINTETICA SERVIZIO POST ACUTI

OBIETTIVO SISS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Restituire o migliorare le autonomie motorie e psichiche della persona in esiti di eventi acuti ▶ Offrire alla famiglia un supporto e un accompagnamento nella fase di reinserimento del paziente post acuto nel contesto di vita e un aiuto ad orientarsi nella rete dei servizi ▶ Prevenzione di processi di spersonalizzazione del paziente, soprattutto se anziano. 	
DESTINATARI	<ul style="list-style-type: none"> • Pazienti post acuti in dimissione dai reparti ospedalieri, per i quali è necessario prevedere un ulteriore periodo di residenzialità poiché necessitanti di un'assistenza a bassa intensità sanitaria e ad alta intensità assistenziale • Pazienti in carico alla famiglia o ai servizi di assistenza domiciliare che necessitano temporaneamente di un'assistenza di intensità medio-alta non gestibile a domicilio per un aggravamento delle condizioni sanitarie. 	Tutti i casi ricoverati presentano, di norma, una doppia fragilità sia sanitaria con una necessità di sostegno al nucleo familiare.
RICETTIVITA'	Avviata con n. 8 posti letto, dall'agosto 2013, i posti letto sono stati ridotti a n.6.	Per uomini e donne
SERVIZI OFFERTI	<p>La SISS offre servizi sanitari specificatamente orientati alla riabilitazione</p> <p>Gli Ospiti mantengono il proprio medico di base, che garantisce tutte le prestazioni previste dal SSN</p> <p>Le emergenze /urgenze sono garantite da guardia medica e 118.</p> <p>I presidi di assorbenza e gli ausili personali restano a carico dell'ASL.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestazioni mediche ▪ Prestazioni infermieristiche ▪ Prestazioni riabilitative ▪ Assistenza di base, sorveglianza e tutela ▪ Programmi di riattivazione cognitiva ▪ Servizi Alberghieri (cucina, lavanderia e pulizie) ▪ Parrucchiere/Pedicure ▪ Counselling, orientamento e accompagnamento ▪ Trasporti per visite/esami ecc.
TEMPI PERMANENZA	Fino a 90 gg	
RETTA	A carico ASL (SSR) Parzialmente a carico dell'Ospite	Spese sanitarie Spese alberghiere
AMMISSIONE	Le ammissioni sono filtrate dall'unità di Valutazione Multi professionale dell'ASL	

UTENZA

Gli utenti totali nel 2013 sono stati n. 31, n.25 donne e n. 6 uomini

Utenza	2012	2013
Posti letto	8	8/6
Utenti totali nell'anno	4	31
Di cui nuovi utenti	4	27

Le motivazioni dell'accoglienza nel 2013 sono state legate prevalentemente a problematiche riabilitative legate a traumi o patologie ortopediche, seguite da problemi internistici:

- N.17 problemi ortopedici (traumi-fratture-protesi) 55%
- N.09 problemi internistici (cardiologici, metabolici e altro) 29%
- N.03 problemi neurologici (ictus, interventi al cervello) 10%
- N.02 problemi respiratori (polmonite) 6%

La maggior parte dei pazienti sono giunti in SISS direttamente dall'ospedale (28 su 31), dei tre provenienti dal domicilio, 2 provenivano dal PS, dopo traumi con esiti di fratture che non hanno richiesto il ricovero.

TEMPI DI PERMANENZA

Tempi di permanenza							
anno	<30 gg	30 gg	Da 31 a 60 gg	Da 61 a 89 gg	90 gg	Oltre 90 gg	Totale
2012	3	1	0	0	0	0	4
2013	5	8	12	3	2	1	31

In genere la durata dei percorsi è stata appropriata rispetto ai bisogni, anche grazie alla possibilità di proroga, tuttavia alcuni casi, che hanno usufruito della massima durata del progetto o a cui è stato concesso un periodo breve, avrebbero avuto ancora necessità di un ciclo di riabilitazione prima del rientro a domicilio.

Solo 3 pazienti SISS hanno dovuto ricorrere al ricovero ospedaliero.

L'accompagnamento domiciliare, è stato richiesto solo in 4 casi, prevalentemente per consulenza rispetto agli adattamenti ambientali, per supporto nell'assistenza e in un caso anche per addestramento al caregiver.

In genere infatti si tratta di pazienti con una buona rete familiare, già organizzata per precedenti problematiche del paziente oppure di casi già seguiti da altri servizi (SAD, CDI) o alla dimissione è stato organizzato un servizio già strutturato (SAD-ADI).

La destinazione dopo la dimissione è stata la seguente, dei 27 dimessi:

- N.02 sono rientrati in autonomia a domicilio, senza assistenza (di cui 1 ha usufruito di un breve periodo di accoglienza residenziale)

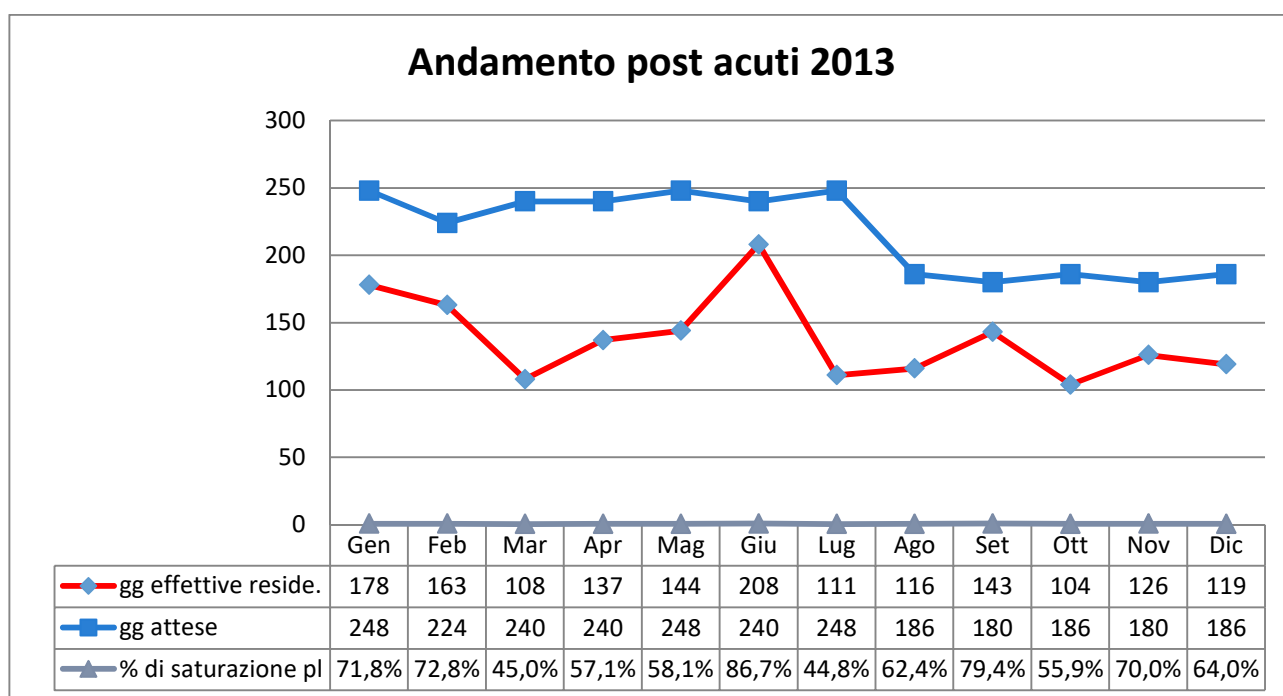
- N.11 sono rientrati a domicilio con supporto privato (colf, badanti), di cui uno anche con CDI
- N.02 sono rientrati a domicilio con SAD pubblico
- N.03 sono rientrati a domicilio con ADI
- N.05 sono rientrati a domicilio con frequenza CDI (+1)
- N.02 sono stati accolti in residenzialità leggera

SATURAZIONE

L'andamento della saturazione è variato nel corso del 2013, in quanto da agosto sono stati diminuiti i pl da 8 a 6.

Complessivamente la saturazione dei pl è stata in media del 64%, un dato in linea con la tendenza regionale, ma inferiore alle aspettative.




Da considerare tuttavia che l'indice di saturazione è stato calcolato sui pl teorici, ma rispetto al budget assegnato per il servizio in realtà, l'indice di saturazione sale al 78%.









RISULTATI GRADIMENTO OSPITI/FAMILIARI




Campione n.26 questionari restituiti su n.31, in quanto alcuni degli ospiti erano ancora i carico a fine anno.




Come si vede dalla tabella seguente, i questionari di soddisfazione somministrati a tutti i pazienti dimessi, hanno restituito un'immagine del servizio positiva.




ACCOGLIENZA e PERSONALE	Buono	Sufficiente	Insufficiente
			
Come valuta le informazioni, ricevute prima dell'ingresso nella struttura?	21	3	
Come valuta le informazioni avute e la gestione delle pratiche amministrative al momento dell'ingresso nella struttura?	23	1	
Come valuta il personale MEDICO relativamente a:			
rapporto professionale?	24	2	
disponibilità al dialogo, cortesia e linguaggio utilizzato?	25	1	
Come valuta il personale INFERMIERISTICO relativamente a:			
rapporto professionale?	26		
disponibilità al dialogo, cortesia e linguaggio utilizzato?	26		
Come valuta il personale AUSILIARIO relativamente a:			
rapporto professionale?	26		
disponibilità al dialogo, cortesia e linguaggio utilizzato?	26		
Come valuta il PERSONALE AMMINISTRATIVO E DIRETTIVO relativamente a:			
rapporto professionale?	24		
disponibilità al dialogo, cortesia e linguaggio utilizzato?	24		
Come valuta il personale FISIOTERAPICO relativamente a:			
rapporto professionale?	25	1	
disponibilità al dialogo, cortesia e linguaggio utilizzato?	25	1	
Come valuta l' ANIMATRICE relativamente a:			
rapporto professionale?	20	5	
disponibilità al dialogo, cortesia e linguaggio utilizzato?	20	5	

ATTIVITÀ e SERVIZI PROPOSTI			
Come valuta le attività Sanitarie?	23	3	
Come valuta le attività di Fisioterapia?	24	2	
Come valuta il servizio di Animazione e le attività ricreative?	17	6	1
Come valuta le attività Assistenziali e di cure personali?	26		
Come valuta gli orari di ingresso visitatori/parenti?	24	1	1
Come valuta, in generale, l'attenzione verso le sue necessità personali?	25	1	

LA STRUTTURA e GLI SPAZI			
Come valuta la pulizia degli ambienti comuni (atri, scale, corridoi, ecc.)?	26		
Come valuta il riscaldamento dei locali?	17	3	
Come valuta gli arredi e delle attrezzature in genere?	25	1	
Come valuta la sua stanza in merito alla pulizia?	26		
Come valuta la sua camera in merito alla funzionalità	25	1	
Come valuta gli spazi esterni dell'ente a sua disposizione (aree verdi, cortili, percorsi)?	17	7	3

SERVIZIO DI RISTORAZIONE			
Come valuta la QUALITÀ delle pietanze?	19	6	1
Come valuta la QUANTITÀ delle pietanze?	21	4	1
Come valuta, in termini di varietà, i menu proposti?	22	3	1
Come valuta gli orari in cui sono serviti i pasti?	23	3	

SERVIZI ALBERGHIERI			
Come valuta il servizio lavanderia/guardaroba interno?	22		
Come valuta il servizio di barbiere-parrucchiere interno?	16	2	1
Come valuta il servizio di pedicure?	14		
Come valuta il servizio bar/distributori automatici interno?	18	4	

GENERALI			
Come valuta complessivamente la nostra Struttura?	26		
Come valuta il supporto per l'organizzazione del rientro a domicilio?	22		
Come valuta complessivamente la permanenza nel nostro centro?	25	1	
Rispetto alle sue aspettative iniziali, in generale, che giudizio dà sulla soddisfazione delle sue attese?	24	2	

PUNTI DI FORZA

GRADIMENTO: L'esperienza della SISS ha incontrato il **favore delle famiglie** che hanno apprezzato sia gli aspetti strettamente riabilitativi che alberghieri. In effetti al di là del gradimento, i risultati dei percorsi riabilitativo sono stati buoni. Tutti i pazienti hanno avuto un miglioramento sia rispetto alla funzione compromessa che in generale nelle AVQ e anche i pazienti per cui il programma è stato prevalentemente assistenziale hanno avuto un miglioramento delle condizioni, tranne 2, che infatti alle dimissioni sono stati trasferiti in Comunità Alloggio.

ACCESSIBILITA': Il **costo** a carico dell'utenza è **risultato accessibile** per le famiglie, che non hanno sollevato obiezioni. Certo se si riuscisse a calibrare il servizio in modo da alleggerire il costo a carico della famiglia, inglobandolo in parte nella tariffa regionale, forse si amplierebbe il bacino di utenza, che forse scarta a priori il servizio, prima di avvicinarsi.

FLESSIBILITA': L'**organizzazione flessibile**, legata sia alla collocazione del servizio all'interno di un centro con presenza di altri servizi, che alla disponibilità del personale, ha consentito di rispondere convenientemente alla "fluttuazione" delle presenze, garantendo un adeguato n. di operatori in base alle presenze.

COLLOCAZIONE: La **convivenza di più servizi è stata positiva** e non ha creato problemi.

ACCOMPAGNAMENTO DEL PAZIENTE E DELLA FAMIGLIA : Il progetto prevede l'attivazione della rete intorno ad ogni singolo caso, per garantire la continuità assistenziale. I **servizi** chiamati a collaborare ai singoli progetti di presa in carico nel momento delle dimissioni **hanno risposto in modo adeguato all'effettivo bisogno della persona anziana**, fragile, costruendo percorsi di cura personalizzati intorno al paziente e alla sua famiglia che ne ha richiesto l'aiuto (n. 11 pazienti sono rientrati a domicilio con il supporto della rete dei servizi e n. 4 con un aiuto nella ricerca o nell'addestramento della "badante").

L'attivazione di una sperimentazione regionale con un orizzonte temporale così breve richiede da parte dell'ente gestore una messa in gioco del suo know how, risorse amministrative e socio sanitarie sicuramente importanti, al pari dell'investimento economico. L'aspetto tuttavia che ci preme sottolineare rispetto all'esperienza di assistenza post acuti è stata la possibilità pratica di **sperimentare l'integrazione tra residenziale e domiciliare**.

L'Arca per essendo da anni gestore di questi due aspetti della presa in carico (Comunità Alloggio e SAD/ADI) non aveva ancora avuto modo di testare al suo interno la continuità della presa in carico con un target di pazienti molto diversi da quelli accolti nella struttura di residenzialità leggera. Questo tipo di lavoro, per molti aspetti nuovo, permette di rivedere procedure di assistenza e protocolli sanitari alla luce dell'accompagnamento del paziente e della sua famiglia. A questo si affianca un'équipe multi professionale fortemente integrata, che imposta il suo lavoro a partire dalle esigenze del paziente e della sua famiglia.

CRITICITA'

DISCONTINUITA' PRESENZE: Una prima criticità incontrata riguarda la **discontinuità degli accessi**, con una saturazione dei posti letto che solo per 5 mesi ha superato la soglia del 70%, con un picco nel mese di giugno dell'86%, ma che mediamente è rimasto sul 64%.

Questo fatto ha creato una **situazione di instabilità economica e contrattuale**, in particolare riguardo agli infermieri. Inizialmente erano stati assunti 2 infermieri per la sperimentazione, che poi per le minori necessità del servizio sono stati trasferiti ad altre unità di offerta e richiamati al bisogno.

La limitata saturazione dei posti letto nella prima fase di sperimentazione, si è riverberata sul budget che, per la seconda parte della sperimentazione è stato calcolato in base alla media delle presenze dei due mesi centrali della sperimentazione, riducendo ancor di più le possibilità di sviluppo dell'esperienza.

Per questi motivi **si è deciso di ridurre i posti letto** a disposizione della SISS **da n. 8 a n.6**, poiché il budget a disposizione non copre nemmeno 5 posti a saturazione completa.

Di seguito possiamo provare a ipotizzare **alcuni motivi del sotto utilizzo** rispetto alle potenzialità del servizio:

- Innanzitutto il **bacino di utenza del Distretto di Chiavenna è più limitato rispetto a quelli delle altre esperienze provinciali**

- **Il reparto di Riabilitazione Generale Geriatrica di Chiavenna non è quasi mai saturo**, al contrario degli altri Ospedali provinciali, che invece pressano per dimettere i pazienti.

- **I reparti dell'Ospedale di Chiavenna, continuano a non "vedere" ufficialmente il servizio post acuti, rimandando alla famiglia il problema di dove collocare il paziente dopo le dimissioni** e non considerando il servizio una parte del percorso terapeutico.

Gli stessi servizi, soprattutto nella fase iniziale, hanno faticato a considerare il servizio una risorsa o l'hanno considerata in modo un po' restrittivo, a valenza prevalentemente riabilitativa, per i casi ortopedici.

- Il parziale **costo a carico dell'utenza può aver rappresentato, in alcuni casi, un deterrente**, anche se in genere le famiglie in caso di mancanza di posti in SISS avrebbero affrontato il costo ben più alto della Comunità Alloggio.

- Da ultimo sicuramente una **sperimentazione richiede tempi ben più lunghi** per poter esprimere al meglio le potenzialità del progetto, considerando anche la fase di decollo che richiede qualche mese sia per far conoscere il servizio che per adeguare l'organizzazione.

DURATA DEI MODULI: La riflessione generale è che in alcuni casi il PAI inizialmente autorizzato fosse troppo limitato, considerate le condizioni di partenza e gli obiettivi da raggiungere, e che per alcuni casi i 90 gg siano stati troppo pochi. Poter disporre di un tempo più lungo (ex 120 gg) potrebbe facilitare un miglior rientro domiciliare (soprattutto nel caso di fratture o ictus in grandi anziani).

ACCOMPAGNAMENTO DOMICILIARE: Una criticità, dal nostro punto di vista è stato lo scarso ricorso all'accompagnamento domiciliare, sul quale si era investito credendo potesse esser di aiuto al caregivers. In realtà è stato attivato solo in 4 casi, per un tempo limitato. Riteniamo che la ragione sia da ricercare nella buona capacità della famiglia di auto organizzarsi e, in qualche caso nella difficoltà ad accettare un servizio. In qualche caso essendo stati attivati i servizi domiciliari SAD e ADI, sembrava di proporre un doppione. In altri casi si è addestrato il caregiver, (familiare o assistente privata) all'intero del servizio per prepararlo a gestire il paziente alle dimissioni.

RAPPORTO CON MMG: Ultima criticità è risultato il coinvolgimento dei MMG, che risulta essere l'anello mancante del progetto. Al momento dell'ammissione i MMG sono stati informati dell'ingresso del paziente e coinvolti rispetto alla scelta di continuare a seguire paziente in SISS o delegare il medico di struttura.

Alle dimissioni è stata preparata una copia del foglio di dimissioni per il MMG, affidandolo ai familiari ed è stato avvisato il MMG. Tuttavia riteniamo che non sia sufficiente, in quanto essendo il MMG, l'unico a poter garantire continuità della cura, occorre coinvolgerlo più direttamente sia nel percorso di ammissione che di dimissioni.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2014

Si assumono come azioni di miglioramento le indicazioni regionali definite nell'allegato B della DGR X/499 del 25.07.2013, per altro già presenti nel progetto.

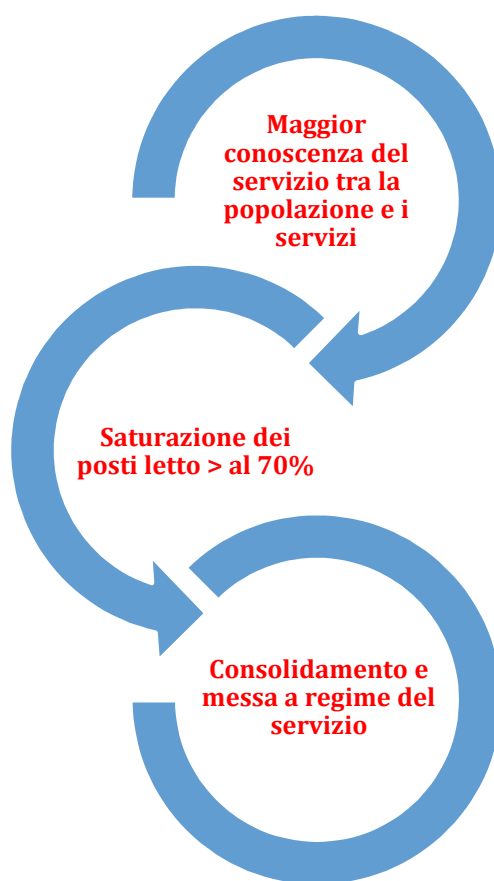
E' stato anche presentato un documento all'ASL, condiviso con le altre due strutture per Post Acuti della Provincia, quella gestita dalla Fondazione Ambrosetti di Morbegno e dalla Cooperativa Sociale San Michele a Sondalo, in cui si sono individuati alcuni percorsi di omogeneizzazione dell'esperienza, uniformando alcune caratteristiche/modalità gestionali e di miglioramento. In particolare si chiede di:

- ▶ Estendere il servizio al di fuori dell'ambito provinciale, considerando la residenza in provincia di Sondrio come una priorità ma non come un'esclusività
- ▶ Protocollo condiviso per la gestione delle accoglienze, attraverso una modulistica e una procedura comune
- ▶ Omogeneizzazione degli standard gestionali
- ▶ Omogeneizzazione della durata dei moduli riabilitativi :
- ▶ Pagamento della retta alberghiera in caso di ricovero ospedaliero (ora non previsto)
- ▶ Omogeneizzazione delle rette sia a carico dell'ASL che a carico dell'utenza
- ▶ Possibilità di mantenere dei posti autorizzati e non accreditati oltre a quelli contrattualizzati
- ▶ Infine, si ritiene molto importante, l'attivazione di un protocollo d'intesa ASL e A.O.V.V. per la definizione delle modalità e tempi delle "dimissioni protette" dai Presidi Ospedalieri ma soprattutto che riconosca le strutture post acuti come parte della rete.

Dal punto della nostra esperienza, oltre a quanto descritto nei paragrafi precedenti, si ritiene utile:

- » **Migliorare la collaborazione con il Servizio Fragilità dell'ASL**, attraverso incontri periodici sull'andamento dell'esperienza e un maggior coinvolgimento rispetto agli esiti dei percorsi e la fase di dimissioni.
- » **Consolidamento delle relazioni con la rete territoriale**, in particolare con le Aziende Ospedaliere, responsabili della segnalazione dei casi di pazienti dimessi, con i Medici di medicina generale, con gli erogatori di servizi territoriali sociosanitari, per la successiva presa in carico, garantendo un percorso di continuità assistenziale.
- » **Pubblicizzare maggiormente il Servizio** sia presso la popolazione che presso i MMG, Servizi socio – sanitari e la rete ospedaliera.
- » **Identificare meglio il Servizio Post acuti all'interno del Centro Polifunzionale**, sia in termini di spazi e che di operatori.

RISULTATI ATTESI



IL CENTRO DIURNO INTEGRATO DI BETTE

Posto all'interno del Centro Polifunzionale, il CDI, condivide da sempre gli spazi e le attività con la CA, e, ora, anche con la SISS, tanto che è difficile distinguere, durante il giorno, i diversi servizi. Questo aspetto da sempre ha avuto sia aspetti positivi (integrazione, stimolazione, ecc.) che criticità (spazi troppo ristretti, indifferenziazione, coabitazione).

FUNZIONAMENTO

Il C.D.I. come previsto dalla Carta del Servizio, nel 2013 ha assicurato un funzionamento di 10 ore giornaliere (9.00-19.00) per 7 giorni la settimana, e grazie alla presenza nella stessa struttura che ospita il CDI della Comunità Alloggio, funzionante 24 ore su 24 per tutto l'anno, è stato possibile, in alcuni casi, realizzare l'inserimenti anche durante la notte (Formula pernottamento). Il CDI resta chiuso di norma la settimana di Ferragosto e quella tra Natale e Capodanno.

Le giornate di funzionamento rendicontate nel 2013 sono state **n°346** (compresi i sabati e le domeniche)



SCHEDA SINTETICA SERVIZIO CDI

OBIETTIVO CDI	<ul style="list-style-type: none"> • Concorrere all'assistenza quando interventi a domicilio non sono in grado di garantire un'adeguata intensità e continuità del supporto all'anziano non autosufficiente, alla sua famiglia o al contesto solidale; • garantire alle famiglie sostegno nell'assistenza all'anziano e sollievo diurno dall'onere assistenziale; • offrire opportunità di animazione e mantenimento dei rapporti sociali. 	
DESTINATARI	<p>Anziani di norma di età superiore ai 65 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • compromissioni dell'autosufficienza di vario grado affette da pluripatologie cronico degenerative, tra le quali anche le demenze, ma senza gravi disturbi comportamentali* • sole con un discreto livello di autonomia ma a rischio di emarginazione dalle cure, oppure inserite in un contesto familiare o solidale, per le quali l'assistenza domiciliare risulta insufficiente o troppo onerosa; 	<p>Il CDI è rivolto a persone anziane, residenti nel territorio della Valchiavenna oppure non residenti, ma domiciliate nel territorio della Valchiavenna.</p> <p>*Le persone con demenza, vengono orientate verso il CDI Il Girasole.”</p> <p>Gli anziani interessati a frequentare il CDI devono essere in condizioni psicofisiche tali da raggiungere con un trasporto protetto il Centro</p>
RICETTIVITA'	Il CDI è accreditato per n.16 posti, di cui n.6 a contratto.	
SERVIZI OFFERTI	<p>Agli Ospiti viene garantito un buono standard di comfort alberghiero in camere doppie nonché assistenza e cura notturna e diurna da parte di personale esperto e qualificato</p> <p>L'accoglienza è integrata da servizi sanitari in alcuni momenti della giornata.</p> <p>In CA possono essere attivati i normali servizi territoriali (Medico di base, Assistenza Domiciliare Integrata) in aggiunta agli interventi di operatori sanitari interni .</p> <p>Grande attenzione viene rivolta all'animazione.</p> <p>Vengono inoltre fornite tutte le prestazioni alberghiere con personale interno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cure personali e supporto all'autonomia ▪ Somministrazione del vitto, ▪ Prestazioni mediche ▪ Prestazioni infermieristiche ▪ Prestazioni riabilitative ▪ Animazione, proposte per il tempo libero ▪ Lavanderia/Stireria ▪ Ristorazione con cucina interna ▪ Pulizia ambienti ▪ Servizio trasporto (per visite) ▪ Parrucchiere/pedicure
FREQUENZA	10 ore, tutti i giorni ore 9-19	
RETTA	Parzialmente a carico dell'Ospite + contributo sanitario per posti a contratto	Differenziata in base alla frequenza
AMMISSIONE	Le ammissioni sono filtrate dall'unità di Valutazione Multi professionale dell'ASL	

PERSONALE

Il fabbisogno di operatori, durante tutto l'anno è stato parametrato rispetto al n. di presenze, secondo gli standard previsti dall'accreditamento.

Tutte le attività del CDI sono coordinate dalla Responsabile del Centro Polifunzionale, che ha anche il ruolo di **Responsabile del CDI**, affiancata da un Coordinatore per le attività socio assistenziali. La Responsabile del CDI cura inoltre il rapporto con gli ospiti e con le famiglie (colloqui, coinvolgimento nei PAI, interviste, customer satisfaction, ecc.). Nel 2013 ha mantenuto su ogni ospite un minimo di due o tre incontri, a volte con la stesura di un verbale, firmato dal parente intervistato, o dell'ospite.

Attività socio assistenziali

Un'**Assistente Sociale**, ha assicurato, i colloqui con i familiari e gli anziani in fase di ammissione e, ove necessario, le prestazioni sociali richieste dai familiari o dagli ospiti (segretariato sociale, rapporti con Uffici/Enti, colloqui di sostegno, orientamento).

Un gruppo di **Ausiliarie Socio Assistenziali (ASA)** ha garantito tutte le prestazioni socio assistenziali, dalle cure personali di tutti gli ospiti, all'alimentazione al sostegno all'autosufficienza, con l'obiettivo di mantenere e potenziare le capacità residue degli utenti, con una media di 10 ore giornaliere.

Attività di animazione

Nel anno 2013 anno l'educatrice ha elaborato un progetto, andando a specificare che tipo di attività ha attivato, un programma dettagliato con attività mirate alle esigenze in base alle potenzialità cognitive, fisiche e ludiche degli ospiti. Ha continuato portando il proprio contributo in contesto di riunione d'équipe sulla stesura dei PAI.

Il progetto evidenzia in che modo l'Animazione si colloca in relazione alla vita quotidiana degli ospiti del CDI e con quali modalità opera per raggiungere gli obiettivi prefissati.

Come negli anni precedenti, le attività di animazione sono state gestite da un'**Educatrice professionale** dividendosi su i due CDI rispettando gli standard previsti dall'accreditamento. Nell'arco dell'anno sono stati proposti momenti di animazione diversificati con : - attività individuali, laboratori occupazionali, attività culturali, attività ricreative, uscite, attività religiose, attività motoria ecc... (vedi relazione nel dettaglio CDI 2013 al'all.1).

Attività sanitarie

L'attività sanitaria è stata coordinata dal **Medico**, con contratto professionale, il quale ha garantito la supervisione sulle attività infermieristiche e riabilitative, sulle diete e sulla somministrazione delle terapie agli ospiti; ha mantenuto i contatti con i medici di base degli utenti per i necessari approfondimenti e scambi di informazioni. Ha partecipato portando il suo contributo professionale in tutte le riunioni d'équipe, sull'elaborazione dei nuovi PAI e verifiche, pertinente all'aspetto sanitario.

Per quanto riguarda le prestazioni infermieristiche il Centro ha continuato ad avvalersi di tre **Infermiere professionali**, presenti a turno su sette giorni a settimana, che hanno assicurato le prestazioni infermieristiche necessarie per soddisfare i bisogni degli ospiti, oltre alla preparazione delle terapie, le terapie iniettive, medicazioni quando necessarie, hanno collaborando con il Medico del Centro e con i medici di base.

È stata garantita continuità per quanto riguarda l'attività di **Fisioterapia**, si sono avvicinati due fisioterapisti, che hanno garantito la continuità dei trattamenti individuali specifici, o di mantenimento, tutti i trattamenti sono stati supervisionati dal medico, inoltre hanno organizzato i gruppi di attività motoria.

Alcuni ospiti sono stati visti dalla **Neuropsicologa**, che ha effettuato alcuni test di valutazione

cognitiva ad alcuni ospiti con lievi deficit cognitivi legati a postumi di Ictus, problemi neurologici o M. Parkinson offrendo all'equipe indicazioni per i trattamenti e seguendo direttamente alcuni pazienti,

Attività alberghiere

Per le attività generali di **pulizia, cucina e lavanderia** sono state impegnate quattro unità di personale, che hanno continuato a garantire le attività affidate.

Volontari

Ne 2013 il gruppo di volontari che assicurano la guida del minibus per il trasporto degli utenti al CDI sono stati 5, di cui alcuni collaborano anche ad interventi di manutenzione del giardino e alla realizzazione di piccoli lavori di falegnameria e di manutenzione ordinaria. E' continuata la collaborazione con una volontaria per le prestazioni di pedicure e con 3 volontarie che hanno collaborato alle attività di animazione, più alcuni volontari occasionali per particolari iniziative.

UTENZA

Il CDI nel 2013 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 2013 sono stati 18, con 1817 gg di presenza, dato che mostra una buona tenuta dell'utenza, nonostante l'apertura del nuovo CDI Il Girasole.

I nuovi utenti nel 2013 sono stati 10, di cui uno non accreditato.

I dimessi sono stati n.6 di cui:

- ▶ n.3 trasferiti al CDI Il Girasole
- ▶ n.2 trasferiti in RSA
- ▶ n.1 per motivi personali

Pertanto gli utenti a fine 2013 erano n.12.

Nella tabella seguente vengono comparati i dati degli ultimi tre anni e, nel 2012 anche i dati de CDI Il Girasole, per poter meglio comprendere l'andamento.

Utenza	2010	2011	2012 CDI	2013
Utenti	25	25	20	19 di cui 2 non accreditati
Donne	21	23	16	15
Uomini	4	2	4	4
Nuovi utenti	15	8	6	10
Dimessi	7	11	5 + 7 c/o Girasole	6 di cui 3 c/o Girasole
Giornate di presenza	2881	2579	2035	1817

Gli utenti che hanno frequentato il CDI hanno le seguenti problematiche:

- 08 problematiche neurologiche
- 01 forma depressiva.
- 01 limite a livello intellettivo
- 05 limiti funzionali legati all'età
- 04 disturbi cognitivi (di cui 3 trasferiti al CDI il Girasole)

Si è notato un leggero cambiamento rispetto alla fascia d'età degli utenti che hanno frequentato il CDI in passato, con un aumento dell'utenza nella fascia sotto i 75 anni, anche se restano numerosi gli utenti al di sopra degli 85 anni.

Nel corso dell'anno n°7 ospiti hanno usufruito di alcuni periodi in residenziale, con l'inserimento in Comunità Alloggio per il pernottamento, per permettere alla famiglia, momenti di sollievo e distacco alla continua assistenza di cui un anziano/a necessita.

Rispetto alla tipologia di frequenza, un buon n. di utenti ha frequentato 5 gg la settimana, ma oltre il 50% continua a frequentare solo alcuni gg la settimana; l'orario pieno e i week end sono stati utilizzati in misura limitata, pertanto a fine anno si è deciso di riportare l'orario di apertura a 5 gg la settimana, per 8 ore, per ragioni legate all'accreditamento, lasciando tuttavia la possibilità di cena e frequenza del week end, c/o la CA.

Di seguito la tabella illustrativa.

Utenza 2013								
Totale	M	F	Tipo di frequenza				trasporto	
			Alcuni gg	5 gg	Di cui cena	Di cui week end	si	no
19	4	15	11	8	2	4	15	4

RISULTATI DEI QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE CDI DI BETTE 2013

Possiamo dare un giudizio complessivamente positivo sull'attività svolta nel 2013, confermata da un buon riscontro ottenuto dai questionari di soddisfazione sottoposti all'utenza, e ai famigliari.

Di seguito vengono sintetizzati i risultati della customer satisfaction.

Il campione C.D.I

Il campione è stato calcolato considerando 14 ospiti del CDI.

- 01 familiari + utente
- 10 famigliari
- 04 utenti

Il Centro e le sue attività

Complessivamente viene dato un giudizio positivo (8) o molto positivo (6) da parte di tutti gli ospiti del ospiti CDI (100% di risposte positive).

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 (11) hanno valutato positivamente sia le informazioni ricevute al momento della richiesta, sia l'accoglienza (100%).

Chi ha avuto rapporti con gli uffici amministrativi li ha giudicati positivamente (100%). N.6

Ospiti si dichiarano interessati a frequentare il CDI sul fine settimana, ma in realtà sono stati pochi quelli che lo hanno fatto regolarmente.

Gli orari di funzionamento vengono giudicati appropriati (100%), così come l'orario del pranzo (100%). Tutte le attività del Centro vengono apprezzate, quelle riabilitative, motorie e di animazione (100%).

Gli aspetti alberghieri e logistici

Gli Ospiti giudicano buono o molto buono il livello di pulizia (100%).

Tutti gli utenti esprimono un buon gradimento del vitto, sia rispetto alla varietà, quantità e alla qualità della preparazione dei cibi (100%).

Chi utilizza il servizio di trasporto lo giudica buono, sia per quanto riguarda il funzionamento che il rapporto con gli operatori/volontari addetti al trasporto (100%).

Gli spazi interni vengono giudicati adeguati da 9 ospiti e sufficienti da un 3, limitati da 2 ospiti, per quanto riguarda gli spazi esterni sono solo 5 a giudicarli adeguati, 5 sufficienti e 4 limitati questo giudizio viene dato per la mancanza di un parcheggio adeguato.

Il rapporto con gli operatori del Centro

Il rapporto con le diverse figure professionali appare buono o molto buono:

Medico 93% , una persona risulta poco soddisfatta

Infermiere (93%), una persona risulta poco soddisfatta

Personale di assistenza (100%)

Fisioterapista (100%)

Animatore (93%), una persona non risponde perché non partecipa alle attività.

Gli Ospiti si sentono liberi di esprimere le proprie richieste al personale (100%) e si sentono coinvolti nelle decisioni che li riguardano (100%). Di avere mantenuto e rispettato le proprie abitudini (100%)

Gli ospiti e/o familiari hanno ritenuto di essere stati sostenuti in momenti di difficoltà dalla Responsabile del CDI e dall'Assistente Sociale, e hanno ritenuto utili gli incontri con la Responsabile sui PAI e le interviste per i questionari di soddisfazione (100%).

Rilevanza del servizio

Alla domanda se non ci fosse stato il Centro, come avrebbe risolto il problema dell'assistenza gli Ospiti e i loro familiari rispondono attraverso alternative differenziate:

- 3 lo risolverebbe attraverso risorse familiari
- 2 con un assistente privata
- 6 con una "badante"
- 4 ricorrendo alla Casa di Riposo
- 3 non saprebbero come
- 1 altro

Rispetto all'esperienza avuta, 12 Ospiti ritengono utile il CDI, 2 abbastanza utile

La maggioranza degli intervistati sono soddisfatti di come il servizio è impostato, elogiando l'organizzazione e la professionalità del personale, pochi però hanno approfittato dello spazio per i suggerimenti, proposte di miglioramento (uno rispetto alla necessità di un maggior coinvolgimento nelle attività di gruppo).

Tra le attività che si desiderano potenziare:

- 2 attività di animazione
- 6 attività riabilitative
- 2 ginnastica di gruppo

PUNTI DI FORZA

Come già anticipato, il CDI, dopo l'apertura del CDI Il Girasole, ha lentamente ritrovato un suo assetto. Nel 2013 ha visto un buon numero di nuovi utenti, dato che si conferma nel 2014.

La tipologia di utenza è mediamente più giovane, rispetto al passato, più compromessa a livello motorio, ma con discreti margini di recupero, con disturbi cognitivi lievi suscettibili di miglioramento attraverso percorsi riabilitativi e di stimolazione cognitiva.

CRITICITÀ

Le criticità del CDI sono prevalentemente di tipo logistico e riguardano:

- ▶ **spazi**
- ▶ **trasporto**
- ▶ **sostituzione educatrice**

SPAZI: La convivenza nello stesso Centro di tre servizio (CA-SISS e CDI) pur essendo positiva sia dal punto di vista operativo che gestionale, mette in evidenza i limiti di fruibilità degli spazi, non sempre adeguati alle necessità.

La SISS in realtà ha propri spazi (sala da pranzo e soggiorno), ma gli ospiti tendono a rimanere tutti nelle sale a pianterreno, anche per l'esigenza di una maggiore sorveglianza da parte del personale e una razionalizzazione nell'orario di distribuzione dei pasti. Diversamente occorrerebbe staccare un'unità di personale per pochi ospiti.

Nel corso del 2013 è stato ricavato un piccolo salottino dalla Palestra, attraverso la realizzazione di una parete mobile che consente all'occorrenza di utilizzare l'intera superficie, che ha risolto il problema di differenziare gli spazi di riposo e conversazione a vantaggio degli ospiti.

Mentre risulta limitato lo spazio a disposizione dell'animazione, soprattutto per le attività di grande gruppo.

TRASPORTO: con l'aumento dell'utenza in entrambi i CDI, si è evidenziato il problema del trasporto, in quanto la maggioranza degli ospiti richiede questo servizio e di conseguenza si sono dilatati i tempi di viaggio, con conseguente ritardo nell'arrivo al CDI. Il trasporto incide anche sulla disponibilità dell'Educatore, che fino ad ora ha svolto l'incarico di accompagnatore sul pulmino, rispetto all'Animazione.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2014

SPAZI: Rivalutazione distribuzione dell'utenza dei diversi servizi negli spazi dedicati e valutazione riorganizzazione spazi.

TRASPORTO: Acquisto nuovo mezzo per trasporto utenti senza carrozzina riorganizzazione servizio con 2 autisti. Riorganizzazione del servizio di trasporto con nuovo accompagnatore almeno al pomeriggio

PAI: Coinvolgimento degli operatori nell'incontro con l'utente/famiglia per la stesura/verifica dei PAI.

SOSTITUZIONI EDUCATRICE: Per il 2014 si prevede di attivare una convenzione con una Cooperativa del territorio per le sostituzioni dell'Educatrice.

IL CENTRO DIURNO INTEGRATO IL GIRASOLE

La Cooperativa nell'arco dell'anno 2013 ha continuato a gestire il CDI "IL GIRASOLE" a Chiavenna, in Via G.B.Cerletti,19, specializzato nel trattamento delle demenze.

Nel novembre 2012 alla Cooperativa è stato riconosciuto dalla Regione Lombardia anche lo status di Ente Unico per la gestione dei due CDI.

Il CDI «Il Girasole»:

- E' un **servizio diurno** che si colloca nella rete dei servizi socio-sanitari per anziani
- Rappresenta **un'innovazione per il territorio**, quale unico CDI specializzato nel trattamento dei disturbi cognitivi
- E' un **servizio accreditato** con la Regione Lombardia



SCHEDA SINTETICA SERVIZIO CDI IL GIRASOLE

OBIETTIVO CDI IL GIRASOLE	<ul style="list-style-type: none"> • Promuovere la qualità della vita in un ambiente idoneo; • rallentare il decadimento cognitivo e ridurre i disturbi comportamentali, • mantenere il più a lungo possibile i livelli di autonomia • promuovere un adeguata riabilitazione fisica • offrire occasioni di socializzazione e di impegno • offrire ai familiari un supporto e un sollievo nell'assistenza ai malati, coinvolgendoli nei progetti • spazi di incontro, formazione e consulenza 	
DESTINATARI	<p>IL CDI «Il Girasole» si rivolge ad anziani:</p> <ul style="list-style-type: none"> • con disturbi cognitivi e ridotta autonomia • che necessitano di un supporto durante la giornata • che si trovano in condizioni fisiche tali da raggiungere il servizio, anche mediante trasporto 	<p>Il Girasole accoglie Anziani con problemi cognitivi diversi e a diversi stadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • demenze di origine vascolare • demenze degenerative • altri tipi di demenze
RICETTIVITA'	Il CDI è accreditato per n. 20posti, di cui n.10 a contratto.	
SERVIZI OFFERTI		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cure personali ▪ Somministrazione del vitto, ▪ Programmi specifici di mantenimento dell'autonomia ▪ Prestazioni mediche ▪ Prestazioni infermieristiche ▪ Prestazioni riabilitative ▪ Animazione, laboratori e proposte per il tempo libero ▪ Lavanderia/Stireria ▪ Ristorazione con cucina interna ▪ Pulizia ambienti ▪ Servizio trasporto (per visite) ▪ Parrucchiere/pedicure
FREQUENZA	10 ore, tutti i giorni ore 9-17	
RETTA	Parzialmente a carico dell'Ospite + contributo sanitario per posti a contratto	Differenziata in base alla frequenza
AMMISSIONE	Le ammissioni sono filtrate dall'unità di Valutazione Multi professionale dell'ASL	

METODOLOGIA DI INTERVENTO

Il CDI Il Girasole si ispira ad alcuni modelli di riferimento, prevalentemente Gentlecare e Validation.

Riteniamo importante riferirci ad un modello, poiché ci consente di avere una mappa che serve a pianificare e orientare le azioni e ci permette di sapere perché facciamo le cose che facciamo. Tuttavia il modello non diventa mai una gabbia che chiude poiché la cura della persona con demenza si pone come cura a lungo termine, che progressivamente impone la ricerca di soluzioni sempre più articolate. Di fronte all'emergere di bisogni via via più complessi nel corso della malattia, che si pone come obiettivo principale la promozione del benessere della persona e il contenimento dello stress di chi del malato si occupa, operatori e familiari, occorre esplorare tutte le possibilità di aiuto, che risultano efficaci.

Gentlecare è un sistema di cura, ideato e sviluppato in Canada da Moyra Jones, che nasce da un approccio di tipo riabilitativo e di sostegno (protesi) centrato sulla persona affetta da demenza. Gentlecare introduce tre elementi costitutivi la protesi:

- lo **spazio** in cui il malato vive
- le **persone** con cui il malato interagisce
- i **programmi**, attività in cui è coinvolto.

I tre elementi sono in rapporto dinamico l'uno con l'altro e la presenza di tutti tre, garantisce il funzionamento della protesi stessa.

Gentlecare condivide con il **Metodo Validation** alcuni principi:

- necessità/capacità di entrare nella struttura di riferimento di un altro
- accettazione non giudicante degli aspetti unici di ogni singolo individuo
- considerare la persona nella sua globalità
- una visione positiva della natura umana
- l'importanza dei sentimenti e delle emozioni
- l'importanza dei sentimenti e delle emozioni
- il valore dell'autenticità nelle relazioni
- un approccio non direttivo

L'equipe inoltre condivide con Gentlecare il considerare la **famiglia** come essenziale nella cura della malattia e operare per sostenerla e renderla partecipe al percorso assistenziale.

Gentlecare si definisce come la cornice che struttura gli spazi e le attività, atteggiamenti del personale, mentre Validation si impone come un'ottima tecnica relazionale, efficace nell'abbassamento dei disturbi comportamentali.

Ad integrazione dei due metodi fondamentali di riferimento l'equipe è comunque aperta ad esplorare altri modelli che possono essere d'aiuto. In particolare vengono prese in considerazione tecniche di riattivazione cognitiva, per le fasi iniziali della demenza e tecniche di reminiscenza e narrazione.

Tra i modelli di riattivazione globale che si stanno studiando, si fa riferimento al **Progetto "Re Up"**, ideato dalla nostra FKT, che verrà attuato nel 2014.

AMBIENTE FISICO

L'ambiente fisico, in un servizio rivolto a pazienti con disturbi cognitivi, deve essere adeguato ai deficit del paziente, deve essere concepito per essere vissuto e deve ricordare gli oggetti familiari. Il ruolo cruciale dello spazio nel piano di cura è in stretto rapporto con la modificazione della capacità di controllo dell'ambiente stesso che si verifica nel malato con il peggiorare della malattia. Lo spazio deve essere semplice, accessibile, familiare, terapeutico e sicuro.

UTENZA

Dati anagrafici

Nel 2013 gli utenti del CDI sono stati in totale **n°19**, di cui 13 donne e 6 uomini.

Gli ospiti del CDI Il Girasole hanno un'età che si distribuisce per il 53% sotto i 75 anni e per il 47% sopra i 75 anni.

Di seguito si illustrano i dati sull'età degli ospiti:

- 3 hanno un'età compresa fra 55/65 anni (16%)
- 7 hanno un'età compresa fra 65 /74 anni (37%)
- 4 hanno un'età compresa fra 75/85 anni (21%)
- 5 hanno + di 85 anni (26%)

Rispetto all'altro CDI è molto elevata la presenza di ospiti coniugati; tra i coniugati contiamo anche due coniugi, sordomuti:

- N. 10 ospiti sono coniugati (6 M e 4 F)
- N. 09 ospiti sono vedovi (F)

Tipo di convivenza: i vedovi, o meglio le vedove, vivono in genere in famiglia:

- N. 05 vivono stabilmente con un figlio/a
- N. 01 vive a turno con i figli
- N. 01 vive con una nipote e con la figlia il fine settimana
- N. 01 vive con una cognata
- N. 01 vive in comunità

Tutti gli utenti provengono dal territorio

Ammissioni/dimissioni

Nel 2013 sono stati ammessi n°7 nuovi ospiti, entrati da giugno in poi.

Nel 2013 sono stati dimessi n° 7 utenti.

Le motivazioni delle dimissioni sono di seguito indicate:

- 1 ospite per decesso
- 3 ospiti hanno cessato nell'arco dell'anno per l'entrata definitiva in RSA
- 4 ospiti hanno cessato per motivi famigliari trovando soluzioni alternative

Problematiche

Gli ospiti del CDI presentano le seguenti problematiche:

- N.07 disturbi cognitivi in varie forme di demenza con stati di agitazione, wandering o deliri
- N.08 disturbi cognitivi lievi, deficit della memoria
- N.02 disturbi cognitivi su base vascolare (in seguito ad arresto cardiaco) o traumatica (trauma cranico)
- N.01 disturbi cognitivi associati a problema psichiatrici

Utilizzo della rete dei servizi

Gli utenti del CDI generalmente non utilizzavano altri servizi prima di entrare al Centro, e non ne usufruiscono in contemporanea, tuttavia alcuni di loro hanno avuto contatti con la rete dei servizi:

- un'utente ha usufruito del sollievo demenze prima dell'ingresso al CDI e di un periodo di accoglienza in CA
- un'utente ha usufruito del SAD pubblico
- un utente è entrato in CDI dopo un periodo in servizio post acuti
- un'utente si appoggia alla CA per la notte e i fine settimana.

Durante la frequenza al CDI, un solo utente ha usufruito del Solievo domiciliare demenze (il sabato) e 1 dell'ADI per prelievi nei giorni in cui non frequentava il CDI.

Alcuni utenti hanno avuto un supporto di assistenza privata al di fuori della frequenza del CDI (n.5).

Tipologia di frequenza

Utenza 2013						
Totale	M	F	Tipo di frequenza		trasporto	
			Alcuni gg	5gg	si	No
19	6	13	9	10	16	3

Rispetto al CDI di Chiavenna, al Girasole si tende a privilegiare una frequenza quotidiana, proprio per la gravità dei disturbi che rendono più difficoltosa la gestione del paziente da parte dei familiari.

N. 16 utenti hanno utilizzato il servizio di trasporto organizzato dalla cooperativa.

Dai questionari emerge che alcune famiglie gradirebbero un ampliamento delle giornate di frequenza, almeno al sabato, ma per il momento il numero sono ancora troppo esigui per giustificare tale cambiamento.

Per andare incontro alle esigenze delle famiglie, in un caso si è intervenuti attraverso il sollievo domiciliare demenze, al sabato, in altri casi si è riusciti ad accogliere gli ospiti nella CA per brevi periodi di sollievo (n.2 casi).

LE ATTIVITÀ DEL CENTRO

La qualità della cura implica l'abilità dell'operatore di allacciare rapporti terapeutici, di usare capacità e conoscenze per aiutare la persona con demenza e di creare un insieme protesico di programmi e spazi per ogni paziente.

Le attività del centro, oltre alle attività di base e di cura (ASA-Medico-IP-FKT), sono state mirate alla necessità degli ospiti e si articolano in :

Attività legate alla vita quotidiana

Nel CDI un ruolo importante assumono le attività del vivere quotidiano che perdono la connotazione assistenziale e vengono concepite come veri e propri momenti terapeutici finalizzati a stimolare l'esercizio delle autonomie, occasioni in cui l'anziano, con l'aiuto mirato dell'operatore, realizza "il prendersi cura di se stesso", recuperando frammenti di sé. La riattivazione delle ADL/IADL consiste nell'aiutare la persona ad incrementare l'autonomia funzionale, ripristinando, almeno in parte, le funzioni perdute, modulando l'intervento sulla base della gravità della disfunzione.

L'ambiente domestico invece può essere utile per richiamare la memoria di attività da sempre conosciute e lungamente sperimentate (memoria procedurale e automatismi).

Il Centro utilizza l'ambiente domestico (o una sua ricostruzione) per riproporre agli anziani del gruppo alcune attività, graduandole alle reali capacità dei singoli individui.

Attività di stimolazione cognitiva

L'attività viene gestite dal Responsabile del CDI, dalla Fisioterapista e da una volontaria.

Si tratta di un'attività che va a stimolare la memoria, la funzione linguistica,. Favorisce l'attenzione e la concentrazione e migliora le capacità relazionali e comunicative, aumentando l'autostima.

Attività di stimolazione sensoriale gestite dall'Educatrice. Vengono creati stimoli che portano gli ospiti a recepire uno stimolo sensoriale e a reagire con una risposta motoria legata al loro passato o ad azioni da loro svolte nella vita domestica precedentemente svolta. La risposta richiede un grosso impegno muscolare soprattutto arti superiori e stimola il riaffiorare capacità cognitive nascoste. Il progetto propone tutta una serie di attività di stimolazione, che attivano i cinque sensi, suggerimenti ed esercizi strutturati ma lascia spazio a cambiare la loro durata e la modalità di svolgimento, a seconda dell'interesse o delle difficoltà adattandosi ai bisogni degli ospiti come gruppo e come singoli

Attività di animazione: l'Educatrice gestisce anche attività di animazione legate alla stagionalità (ex. attività decorative legate alle festività annuali, ricorrenze ecc.). Incoraggia le attività spontanee (ex. maglia) e propone semplici laboratori occupazionali.

Tra le attività più frequenti la visione di immagini e stimoli visivi per sostenere l'attività di narrazione e reminiscenza. L'Educatrice in collaborazione con le ASA sta raccogliendo anche una serie di video e vecchie trasmissioni TV, da proporre agli anziani, al fine di stimolare la memoria e recuperare "frammenti" di passato.

Validation therapy

Validation è un metodo di comunicazione con gli anziani disorientati e con disturbi nell'area cognitiva. Ha un proprio sistema di classificazione dei vari stadi di disorientamento e tecniche specifiche per interventi individuali o di gruppo. Si rivolge specialmente ai grandi anziani, poiché, per la maggior parte di loro, il disorientamento è il risultato di una complessa interazione tra il danno neurologico, la personalità, la biografia, le condizioni di salute in generale e l'aspetto psico-sociale. Applicare *Validation* significa riconoscere e rispettare i sentimenti della persona, legittimandoli, imparando a capire il suo comportamento e il suo modo di reagire.

L'applicazione di questo metodo è subordinata ad una formazione che si articola su più livelli. Nel Centro vengono attuati sia gli interventi individuali che di gruppo.

- » **Validation individuale:** incontri individuali, gestiti dalla ASA, FKT, Responsabile, tutte in possesso del certificato Validation di 1° livello.
- » **Gruppo Validation** gestito dalla Responsabile del Centro, in possesso del certificato Validation di 2° livello: con un incontro settimanale.

Attività di ortoterapia: gestite da un'ASA e dall'Educatrice, che ha frequentato un apposito corso. L'ortoterapia è particolarmente adatta per gli anziani affetti da demenza: una vasta gamma di attività di giardinaggio e orticoltura possono essere sviluppate per soddisfare al meglio le esigenze delle persone malate e per migliorare le loro capacità cognitive e funzionali. L'attività è stata concentrata, come ovvio, nella bella stagione, attraverso la coltivazione in vasca di alcuni ortaggi.

Oltre all'ortoterapia, il giardino è stato fruito liberamente dagli anziani ed è stato utilizzato per numerose attività all'aperto.

Attività beauty: dove si cura alcuni aspetti del corpo; le unghie delle mani e dei piedi, la cura dei capelli, massaggi alle mani, gestita dalle ASA.

Attività motoria di gruppo: Operatore responsabile dell'attività: Fisioterapista

La pratica dell'attività motoria con ospiti compromessi dal punto di vista cognitivo, genera benefici nell'area motoria, affettiva e sociale. Vengono proposti esercizi semplici in stazione

seduta sia arti inferiori che superiori, controllo dell' equilibrio del tronco, anche con l'utilizzo di semplici attrezzi per stimolare coordinazione e movimento arti superiori.

La programmazione dell'attività è necessariamente flessibile, e calibrata sulla variabilità giornaliera delle capacità e della motivazione dei soggetti e tiene sempre in considerazione l'aspetto ludico e il rinforzo positivo e gratificazione costante da parte dell'operatore per aumentare l'autostima.

Stimolazione motoria, che sostituisce in parte la tradizionale fisioterapia, diventando «psicomotricità» in cui è insita una connessione mente - corpo. Il corpo attiva l'espressione delle emozioni stimolando vissuti, pensieri e narrazioni possibili, partendo dalle attività sensoriali e motorie. L'attivazione senso motoria globale favorisce anche il riconoscimento dello schema corporeo con la possibilità di giocare sulla logica combinatoria dei movimenti con le parti del corpo. La stimolazione psicomotoria comprende:

- Esercizi con oggetti (palle, corde, bastoni)
- Ginnastica respiratoria
- Movimenti propriocettivi.

Attività rivolte all'esterno

- A febbraio 2013 in occasione della presentazione del libro scritto da Letizia Espanoli, intitolato (Alzheimer Idee Per La Qualità Della Vita) si è organizzato una serata aperta ai parenti con dibattito.
- In occasione della giornata mondiale dell'Alzheimer, si è organizzato una serata aperta al pubblico (27.09.2013); la serata è stata condotta dalla Dott.ssa Letizia Espanoli, la quale ha acquisito negli anni una esperienza e competenza sui malati di Alzheimer.
- In quel contesto è stato presentato il CDI " IL GIRASOLE" e il libro scritto dalla nostra FKT, Mudu Isabella (Progetto RE-UP)
- Nel 2013 il CDI è stato coinvolto dall'Università di Milano per uno studio sugli effetti dell'ortoterapia, studiati da un'allieva del corso di scienze agrarie (Progetto di Tesi Triennale Post Occupancy Evaluation del giardino del Centro Diurno Integrato di Chiavenna- relatore Prof. G. Senes).
- Il progetto ha coinvolto sia gli operatori che i familiari attraverso la compilazione di un questionario.
- In occasione della presentazione del progetto per la valutazione del giardino terapeutico, è stato realizzato un incontro con i familiari degli ospiti, circostanza in cui sono state presentate anche le altre attività del centro e raccolte le indicazioni/richieste dei familiari.

RISULTATI QUESTIONARI DI GRADIMENTO

Possiamo dare un giudizio complessivamente positivo sull'attività svolta nel 2013, confermata da un buon riscontro ottenuto dai questionari di soddisfazione sottoposti ai famigliari

Il campione è stato calcolato considerando 18 ospiti del CDI.

Hanno risposto al questionari

- 18 famigliari (non è stato possibile sottoporre il questionario agli ospiti in quanto troppo compromessi a livello cognitivo)

Il Centro e le sue attività

Complessivamente viene dato un giudizio positivo da parte di tutti i parenti degli ospiti del CDI (100% di risposte positive).

I familiari hanno valutato positivamente le informazioni ricevute al momento della richiesta e l'accoglienza (100%).

Chi ha avuto rapporti con gli uffici amministrativi li ha giudicati buoni (100%).

I giorni e gli orari di funzionamento vengono giudicati appropriati (100%). Solo n.4 familiari sono interessati a frequentare il CDI sul fine settimana. Tutte le attività del Centro vengono apprezzate, quelle riabilitative e motorie (100%) e quelle di animazione (100%)

Gli aspetti alberghieri e logistici

I parenti giudicano buono il livello di pulizia (100%).

Tutti i familiari esprimono un buon gradimento del vitto, sia rispetto alla varietà, quantità e alla qualità della preparazione dei cibi (100%).

Viene dato un giudizio positivo da parte di tutti i familiari riguardo agli ambienti, (100%).

Il rapporto con gli operatori del Centro

Il rapporto con le diverse figure professionali appare più che buono (100%) su tutte le figure professionali. Il rapporto umano che viene dato da parte del personale di assistenza, viene giudicato da tutti i parenti buono (100%)

Il rapporto con la famiglia

Il coinvolgimento da parte della famiglia nelle decisioni che riguardano l'ospite, viene giudicato buono (100%). Così pure la famiglia ritiene di essere tempestivamente informata dei problemi di salute, eventuali cadute o altri aspetti dell'assistenza (100%) ritenendo completamente soddisfatte tutte le loro aspettative riguardo le cure ricevute da i loro cari.

I familiari hanno ritenuto di essere stati sostenuti in momenti di difficoltà dalla Responsabile del CDI e dall'Assistente Sociale, e hanno ritenuto utili gli incontri con la Responsabile sui PAI e le interviste per i questionari di soddisfazione (100%).

Rilevanza del servizio

Alla domanda in quale misura trova il centro utile, la maggioranza dei familiari intervistati lo ritengono un servizio totalmente utile.

Suggerimenti e considerazioni dati da parte di alcuni familiari :

La maggioranza degli intervistati sono soddisfatti di come il servizio è impostato, elogiando l'organizzazione e la professionalità soprattutto del personale di assistenza, pochi hanno approfittato dello spazio per i suggerimenti, proposte di miglioramento. Alcuni affermano e confermano la loro riconoscenza per quello che quotidianamente viene fatto e garantito.

"Più che suggerimenti vi facciamo i migliori complimenti di come state gestendo il servizio e per le premure che avete avuto nei confronti di mia madre"

"Trovo il CDI perfetto sotto tutti i punti di vista: sia dal lato umano, della pulizia, accoglienza, assistenza ecc.. Per mia madre è come stare in vacanza"

Nel confermare la totale condivisione sull'attività del CDI e la stima per la professionalità del personale, a partire dalla dirigente, aggiungerei di prendere in considerazione con maggiore intensità e frequenza i seguenti due ordini di attività per la loro specifica valenza di stimolazione di determinate zone cerebrali:

- Attività basate sulla reminiscenza di immagini (filmati, documentari, fotografie, diapositive.*
- Attività inerenti l'umanizzazione (cartoni animati, storie umanistiche, racconti comici ecc..).*

PUNTI DI FORZA

Il CDI Girasole a un anno e mezzo dall'apertura, si conferma come scelta opportuna e adeguata alle necessità del malato e della famiglia.

In particolare i punti di forza dell'esperienza sono:

CLIMA : Nonostante la gravità dei problemi degli ospiti, al Girasole si respira un'aria di serenità, di calma che aumenta il senso di benessere degli anziani, ma anche degli operatori.

AMBIENTE: L'ambiente terapeutico riduce al massimo gli stimoli negativi che sono causa spesso di stati di agitazione "immotivati". Le scelte architettoniche e di arredo adottate confermano il ruolo "protesico" dell'ambiente confermando che spesso "l'ambiente a volte cura più della chimica".

OPERATORI: In un Centro dedicato alle demenze, più che in altri servizi, le persone "sono la terapia". Al Girasole si è riusciti a costruire un gruppo di lavoro che condivide orientamenti, obiettivi e metodologie e questo aumenta l'efficacia degli interventi, contribuendo a generare quel clima di serenità di cui si accennava sopra.

ALLEANZA TERAPEUTICA: Premessa fondamentale del lavoro con i pazienti è l'alleanza terapeutica con la famiglia, quotidianamente realizzata sia attraverso la prassi del diario interattivo con i familiari sia attraverso gli incontri periodici con la Responsabile.

CRITICITA'

TRASPORTO: anche per il CDI Il Girasole, da quando l'utenza ha cominciato ad aumentare, il trasporto è diventato critico, poiché sottrae tempo alle attività, non potendo andare a prendere gli ospiti troppo presto.

PERSONALE: una fragilità è rappresentata dalla sostituzione del personale educativo, poiché è molto difficile trovare educatori disponibili per brevi sostituzioni e in particolare educatori formati nel campo degli anziani e delle demenze.

SOSTENIBILITA': Il Girasole sconta ancora la fase di start up, il 2013 è stato il primo anno intero di attività e ha avuto ancora una certa discontinuità di utenza, ma dalla fine anno ha cominciato a stabilizzarsi raggiungendo una buona saturazione. Pertanto la perdita evidenziata sul centro costo nel 2013 sarà riassorbita nel 2014.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2014

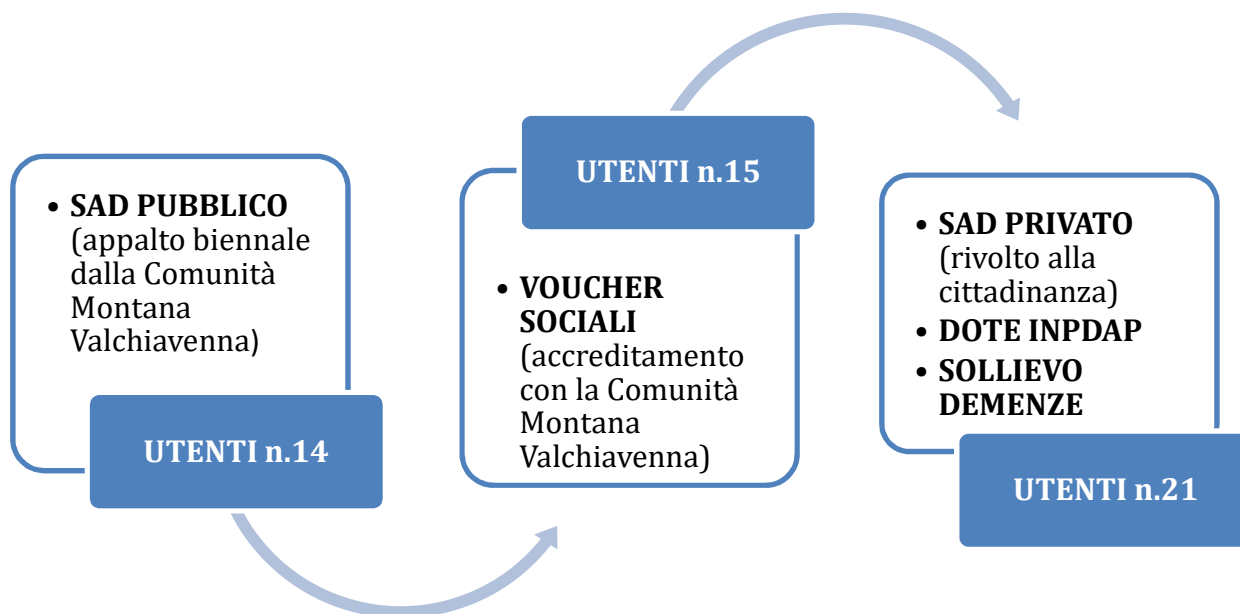
Per il 2014 il CDI Il Girasole l'equipe ripropone di raggiungere i seguenti obiettivi:

- Attivare alcune schede di valutazione e monitoraggio, sia su gli incontri individuali che di gruppo del metodo Validation e sulla stimolazione cognitiva.
- Modificare il fascicolo socio sanitario
- Rivedere il contratto di ingresso
- Attuare il progetto di stimolazione psico-motoria RE-UP
- Acquistare una lavagna interattiva, per attivare esercizi di stimolazione cognitiva, visiva ecc.
- Migliorare il servizio di trasporto
- Realizzare una serie di incontri con i familiari sia a carattere informativo che formativo.
- Organizzare scambi con altri CDI specializzati per acquisire nuovi stimoli e possibilità di confronto
- Promuovere il servizio tra la popolazione e i servizi.
- Attivare una convenzione per l'attività educativa con la Cooperativa "Nisida".

IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)

Il SAD rappresenta lo strumento privilegiato per il mantenimento della persona nel proprio ambiente sociale e familiare, offrendo un insieme di prestazioni a domicilio allo scopo di favorirne l'autonomia ed evitare l'inserimento in istituti.

UTENZA GENERALE



Quindi in totale gli **utenti del servizio domiciliare** sono stati **n.40** contro i 36 del 2012.



SCHEDA	SAD pubblico	Voucher socio sanitari	SAD Privato	Sollievo Demenze	INPDAP
OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • garantire il soddisfacimento delle esigenze degli utenti • evitare il più possibile, la perdita di autosufficienza e l'istituzionalizzazione • consentire un'esistenza autonoma • favorire la partecipazione alla vita comunitaria • mantenimento dell'integrità del nucleo familiare 	<ul style="list-style-type: none"> • garantire il soddisfacimento delle esigenze degli utenti • evitare il più possibile, la perdita di autosufficienza e l'istituzionalizzazione • consentire un'esistenza autonoma • favorire la partecipazione alla vita comunitaria • mantenimento dell'integrità del nucleo familiare 	<ul style="list-style-type: none"> • garantire il soddisfacimento delle esigenze degli utenti • evitare il più possibile, la perdita di autosufficienza e l'istituzionalizzazione • consentire un'esistenza autonoma 	<p>offrire ai familiari che si prendono cura di persone affette da demenza (caregivers):</p> <ul style="list-style-type: none"> • momenti di sollievo • strumenti per riuscire a gestire meglio l'assistenza al malato e i disordini del comportamento • opportunità di informazione, ascolto, sostegno emotivo, 	<ul style="list-style-type: none"> • garantire il soddisfacimento delle esigenze degli utenti • evitare il più possibile, la perdita di autosufficienza • offrire ai familiari momenti di sollievo
DESTINATARI	<ul style="list-style-type: none"> • adulti e anziani soli a rischio di perdita dell'autosufficienza; • adulti e anziani totalmente non autosufficienti o disabili conviventi con i propri familiari; • adulti con disagio sociale o psichico soli o con legami deboli; • nuclei familiari in difficoltà verso i quali esiste un progetto di intervento complessivo che talora, soprattutto in presenza di minori, coinvolge l'intervento anche di altri operatori 	<ul style="list-style-type: none"> • adulti e anziani soli a rischio di perdita dell'autosufficienza; • adulti e anziani totalmente non autosufficienti o disabili conviventi con i propri familiari; • adulti con disagio sociale o psichico soli o con legami deboli; • nuclei familiari in difficoltà verso i quali esiste un progetto di intervento complessivo che talora, soprattutto in presenza di minori, coinvolge l'intervento anche di altri operatori 	<ul style="list-style-type: none"> • adulti e anziani soli a rischio di perdita dell'autosufficienza; • a chi non ha diritto all'assistenza pubblica per limiti di reddito o non vuole presentare l'ISEE • a chi vuole integrare il servizio pubblico • chi necessita di un intervento urgente o temporaneo • a chi desidera un servizio più flessibile e personalizzato 	<ul style="list-style-type: none"> • Persone affette da demenza di vario tipo, grado lieve - moderato e grave. • Caregivers che assistono familiari affetti da demenza a domicilio 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensionati o familiari di dipendenti/ pensionati INPDAP

SERVIZI OFFERTI	Le prestazioni svolte a domicilio si articolano in prestazioni domestiche (assistenza presso il domicilio, preparazione pasti, piccole commissioni), igieniche (pulizia personale, controllo delle condizioni igieniche) e socio assistenziali (disbrigo pratiche, accompagnamento presso uffici, contatti con i familiari) e supporto nella gestione della quotidianità e delle relazioni.	Le prestazioni svolte a domicilio si articolano in prestazioni domestiche (assistenza presso il domicilio, preparazione pasti, piccole commissioni), igieniche (pulizia personale, controllo delle condizioni igieniche) e socio assistenziali (disbrigo pratiche, accompagnamento presso uffici, contatti con i familiari) e supporto nella gestione della quotidianità e delle relazioni.	Le prestazioni svolte a domicilio si articolano in prestazioni domestiche (assistenza presso il domicilio, preparazione pasti) igieniche (pulizia personale, controllo delle condizioni igieniche) e supporto nella gestione della quotidianità e delle relazioni.	<ul style="list-style-type: none"> • Supporto nelle cure personali. • Attività ricreative e riattivanti • Stimolazione cognitiva • Passeggiate • Colloqui di sostegno • Counselling sociale e psicologico; • Counselling ambientale • Incontri di informazione / formazione • Gruppo di mutuo auto-aiuto • Materiale informativo 	Le prestazioni svolte a domicilio si articolano in prestazioni domestiche (assistenza presso il domicilio, preparazione pasti) igieniche (pulizia personale, controllo delle condizioni igieniche) e supporto nella gestione della quotidianità e delle relazioni.
PERSONALE	Coordinatore-ASA	Coordinatore-ASA	Coordinatore-ASA	Coordinatore-ASA Neuropsicologo- Educatore	Coordinatore-ASA
AMMISSIONE	L'individuazione degli utenti spetta al Committente (UdP-CPS) che segnala il caso alla cooperativa in appalto	L'individuazione degli utenti spetta al Committente (UdP-CPS) e l'utente sceglie l'ente erogatore	L'ammissione viene valutata dalla Cooperativa, su richiesta dell'utente	L'ammissione viene valutata dall'UdP, su richiesta dell'utente.	L'ammissione viene valutata dall'INPDAP, su richiesta dell'utente
RETTA	Retta parzialmente a carico dell'utenza, in base all'ISEE	Retta parzialmente a carico dell'utenza, in base all'ISEE	Totalmente a carico utente	Parzialmente a carico utente+ contributo CARIPLO	A carico INPDAP

SAD PUBBLICO

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Pubblico è un servizio alla persona svolto da un'équipe di operatori preparati allo scopo e opportunamente qualificati che progettano e programmano, in stretta correlazione tra loro e con gli operatori del Servizio Sociale di Base, l'intervento a domicilio di persone con diversi gradi di non autosufficienza fisica, con scarsa capacità organizzativa rispetto alla gestione della casa, in situazioni di solitudine e di isolamento sociale e psicologico, che hanno difficoltà a mantenere rapporti col mondo esterno.

L'assistenza domiciliare a favore degli anziani e adulti non autosufficienti, è un servizio volto ad impedire la cronicizzazione delle situazioni di dipendenza ed isolamento sociale e a garantire agli stessi, la permanenza nel proprio ambito socio-familiare, il più a lungo possibile

In base all'esperienza, in riferimento al 2013, l'utenza seguita è prevalentemente anziana, dal punto di vista anagrafico (+65 anni), anche se analizzando le problematiche di cui sono portatori i singoli utenti, si può dire che l'area di intervento è prevalentemente quella del disagio psicosociale, caratterizzato da isolamento sociale, reti assenti o a legame debole, quando non francamente patologiche.

Sinteticamente si riassumono le principali caratteristiche dell'utenza in carico, per definire un minimo profilo del servizio attuale.

Gli utenti del SAD pubblico, in appalto con la CMV sono stati nell'anno 14 contro i 22 del 2012. A gennaio 2013 erano 11 utenti, al 31 dicembre erano 14. I nuovi utenti sono stati 3, nessun dimesso.

Sinteticamente si riassumono le principali caratteristiche dell'utenza in carico, per definire un minimo profilo del servizio attuale.

Rispetto all'**età**, la totalità degli utenti sono anziani o adulti vicini all'età anziana:

- N. 7 hanno ≤ 65 anni, partendo da 61 anni in poi
- N. 4 hanno un'età compresa fra i 66 e i 75 anni
- N. 3 hanno più di 75 anni

Rispetto al **sesso**, sono:

- N. 8 maschi
- N. 6 femmine

Rispetto alla **convivenza**:

- N. 8 vivono soli
- N. 3 vivono con il coniuge (di cui 1 anche con figlia psichiatrica)
- N. 2 vivono con figli (di cui 1 con figli minori e 1 con figlia psichiatrica)
- N. 1 vive con sorella psichiatrica

Rispetto all'**autosufficienza/autonomia** sono prevalentemente autosufficienti o parzialmente autosufficienti, ma tutti parzialmente e o totalmente non autonomi.

Rispetto alle **reti** naturali di supporto:

- N.10 non hanno nessuna rete di supporto
- N.03 hanno una rete debole
- N.01 ha una rete abbastanza valida.

Rispetto al **monte ore** (esclusa lavanderia):

- N.10 ≤ 3 ore
- N.03 ≤ 8 ore
- N. 01 $>$ ore a 9 ore

Rispetto alle **prestazioni**:

- N.06 ricevono un aiuto per l'igiene/bagno/doccia + igiene ambientale
- N.08 ricevono aiuto per supporto domestico (2 anche accompagnamento per spesa)
- N.05 usufruiscono del servizio lavanderia (5 M)

Si tratta, tranne che per un paio di casi, di un'utenza "leggera" dal punto di vista assistenziale, che con un investimento economico abbastanza limitato e prestazioni piuttosto semplici, si riesce a mantenere a domicilio.

Si tratta di un'utenza generalmente abbastanza autosufficiente, con difficoltà nella gestione domestica o personale, più dovuta a stili di vita marginali o a problemi psichici, anche non certificati, che a deficit funzionali veri e propri. Un'utenza a basso reddito, perché non ha mai lavorato o ha perso il lavoro in seguito ai problemi psichici, che non sempre riceve una pensione, che ha qualche volta un'invalidità, ma che non è spesso in grado di gestire le proprie finanze. Solo due di loro tuttavia hanno un amministratore di sostegno, ma per le loro scarse capacità organizzative ed economiche, vengono mantenuti all'interno del circuito SAD, anziché in quello dei voucher sociali.

VOUCHER SOCIALI

Il SAD erogato tramite "voucher sociale" ha le medesime caratteristiche di quello pubblico, l'accesso avviene sempre tramite valutazione e autorizzazione dell'Ufficio di Piano, ma **è il cittadino a scegliere l'ente erogatore.**

Gli utenti dei voucher sociali sono stati 15, contro gli 11 del 2012. I nuovi utenti sono stati 7, 4 i dimessi di cui 3 per decesso.

Rispetto all'**età**, l'80% degli utenti sono anziani, i 3 utenti con meno di 65 anni sono persone seguite dal CPS o dal servizio Disabili:

- N. 3 hanno ≤ 65 anni,
- N. 4 hanno un'età compresa fra i 66 e i 75 anni
- N. 8 hanno più di 75 anni

Rispetto al **sesso**, sono:

- N. 7 maschi
- N. 8 femmine

Rispetto alla **convivenza**:

- N. 8 vivono soli
- N. 1 vive con il coniuge anziano
- N. 4 vivono in famiglia
- N. 2 sono fratelli conviventi

Rispetto all'**autosufficienza/autonomia** n. 4 sono totalmente non autosufficienti, gli altri sono prevalentemente autosufficienti o parzialmente autosufficienti, ma tutti parzialmente e o totalmente non autonomi.

Rispetto alle **reti** naturali di supporto 3 hanno una rete debole, mentre gli altri hanno familiari che provvedono alle principali necessità e possono intervenire in caso di urgenza.

Rispetto alle **prestazioni**:

- N.08 ricevono un aiuto per l'igiene/bagno/doccia e igiene ambientale
- N.03 ricevono aiuto prevalentemente per supporto domestico
- N.03 usufruiscono solo del servizio pasti
- N.01 usufruisce del servizio pasti + igiene ambientale

SAD PRIVATO

Sostanzialmente il servizio ha le medesime caratteristiche e prestazioni del SAD pubblico o di quello erogato tramite voucher, solo che è a totale carico del cittadino, viene attivato su semplice domanda alla cooperativa, con cui vengono concordate le modalità di svolgimento.

Il SAD privato è indirizzato ad un utenza privata.

Gli utenti del SAD privato sono stati 10 (di cui 4 come integrazione del voucher sociale), i nuovi utenti sono stati 8.

All'interno del SAD privato riconduciamo anche i servizi erogati attraverso la Dote INPDAP, riservati ai dipendenti o pensionati di Enti pubblici.

Gli utenti della Dote Inpdap sono stati 3.

SOLLIEVO DOMICILIARE DEMENZE

E' un servizio sperimentale che prevede un intervento di assistenza a domicilio, da parte di operatori ASA o altre figure opportunamente formate (ex. Educatori) al fine di sostenere i caregiver nell'assistenza al malato, offrendo momenti di sollievo e di informazione/formazione.

Il Progetto, cofinanziato dalla **FONDAZIONE CARIPLO**, avrà la durata di due anni (2013-2014)

I soggetti direttamente coinvolti nel progetto sono:

- L'Arca Società Cooperativa Sociale
- La Comunità Montana, attraverso l'Ufficio di Piano.

La richiesta del servizio può essere formulata dai familiari che si prendono cura di persone affette da demenza e presentano la necessità di essere sollevati almeno parzialmente dal lavoro di cura, e inoltrata all'Ufficio di Piano.

Il Servizio

Il "Sollievo Demenze" prevede un intervento di assistenza a domicilio, attraverso pacchetti assistenziali flessibili che permettono di modulare l'assistenza, diluendo o concentrando le ore, secondo le esigenze della famiglia.

Criteri di presa in carico:

I beneficiari del servizio verranno individuati dal Servizio Sociale dell'Ufficio di Piano tenendo presente i seguenti criteri di priorità:

- Tipo di convivenza, con priorità ai familiari caregiver conviventi, piuttosto che a quelli che prestano il loro aiuto al domicilio dell'anziano.
- Risorse familiari effettive, con priorità alle famiglie con caregiver unico rispetto a quelle con più caregiver.
- Utilizzo di altri servizi, con priorità alle famiglie che non usufruiscono di altri servizi (SAD-CDI-Badanti), anche se ciò non esclude la possibilità di accedere al sollievo.

Pacchetti assistenziali

La Cooperativa assegnerà alla famiglia segnalata dall'Ufficio di Piano, i pacchetti assistenziali, di 50 ore ciascuno, fino ad un massimo di 150 ore/anno, rinnovabili, compatibilmente con le richieste presenti.

L'articolazione delle ore viene concordata con la Cooperativa, in base alle esigenze della famiglia e del servizio.

Grazie al sostegno della Fondazione Cariplo, il costo a carico della famiglia è minimo.

UTENZA

Gli utenti del nuovo progetto “Solievo Demenze” sono stati 8:

- 2 M e 6 F
- Tutti anziani
- Tutti conviventi (2 con il coniuge – 6 con figli)

PERSONALE

Il personale impegnato nel progetto è stato:

- Responsabile Servizi Domiciliari AS
- Coordinatore
- Equipe ASA
- Neuropsicologa

L'equipe si è incontrata regolarmente in occasione dell'organizzazione del servizio, della presa in carico degli utenti e delle verifiche.

INIZIATIVE COLLEGATE

A marzo e a settembre 2013 sono state organizzate due serate pubbliche rivolte ai caregiver e alla popolazione sui temi della demenza, con l'esperta Dott.ssa Letizia Espanoli.

- Serata in occasione della presentazione del libro «Alzheimer :idee per la qualità della vita » Dal problema del disorientamento cognitivo al campo infinito delle possibilità, organizzato presso la sede della Cooperativa
- “Caleidoscopiche visioni intorno alla demenza”, organizzato c/o Banca Popolare di Sondrio.

CENTRO DI ANIMAZIONE SOCIALE DI S.CROCE

Oltre alle proprie principali e tradizionali aree di intervento la cooperativa progetta e gestisce servizi ed iniziative aperte al territorio rivolte a persone anziane.

Si tratta di servizi integrati che mirano allo sviluppo e al sostegno di una rete sociale diffusa, che prevenga la solitudine e ogni altra occasione di disagio e sostenga l'anziano quale parte attiva del tessuto sociale, per valorizzare il suo bagaglio umano di esperienze e conoscenze. Perché gli anziani, per noi, prima di ogni altra cosa sono persone, storie di vita, patrimonio di memorie da custodire, ma anche persone che abitano il presente e possono ancora scrivere il futuro.

In questo filone si inserisce la ormai storica gestione del Centro di Animazione Sociale di Santa Croce, un centro di incontro rivolto alla popolazione anziana del Comune di Piuro. La Cooperativa ha una convenzione ormai da molti anni con il Comune di Piuro per la gestione delle attività ricreative e di animazione all'interno del Centro.

Il Centro è aperto un pomeriggio ogni due settimane (martedì ore 14.00 - 17.00) ed è gestito da un'operatrice della Cooperativa, che, in collaborazione con rappresentanti del Comune e volontari, organizza una serie di attività a favore della popolazione anziana (attività ricreative, occupazionali, culturali, gite, il tradizionale pranzo annuale, ecc.)

SERVIZIO DI ORIENTAMENTO E SUPPORTO AL LAVORO PRIVATO DI CURA

Il Servizio, organizzato come “Sportello Badanti” intende offrire informazione, consulenza e supporto alla Famiglia e agli Assistenti Familiari (Badanti) con l'obiettivo di facilitare l'incontro tra domanda ed offerta di lavoro di cura nel territorio della Valchiavenna.

Il servizio viene gestito in rete tra i servizi pubblici e privati esistenti sul territorio.

Il Progetto è stato promosso dalla Cooperativa, in partnership con la Comunità Montana della Valchiavenna e con il contributo della Fondazione CARIPLO, sul "Bando Anziani" 2012.

Il Servizio Sociale di Base dell'Ufficio di Piano della Comunità Montana della Valchiavenna, nell'ambito delle proprie competenze, offre un servizio di informazione, consulenza e orientamento alla famiglia sui servizi pubblici e privati a favore della popolazione anziana a livello territoriale e tutte le informazioni su dove e come reperire Assistenti Familiari (Sportello Provinciale Assistenti Familiari) e sui servizi di selezione, qualificazione, addestramento e accompagnamento delle Badanti offerti dalla Cooperativa L'Arca.

Il servizio di supporto al lavoro di cura della Cooperativa ha il compito di selezionare le richieste degli aspiranti Assistenti Familiari, valutarne le competenze e qualificarne il lavoro, offrendo alla famiglia la possibilità di scegliere un'assistente idonea alla propria situazione, preparata professionalmente e la possibilità che l'inserimento della badante nella famiglia sia monitorato nel tempo.

SERVIZI OFFERTI

- Iscrizione all'Anagrafe degli Assistenti Familiari e Colf della Valchiavenna
- Corsi di formazione e aggiornamento per Assistenti Familiari, obbligatori per personale non qualificato)
- Informazioni e supporto per pratiche amministrative (contratto, permesso di soggiorno, ecc.)
- Supporto alla famiglia nell'individuazione dell'assistente più idonea/o alla propria situazione.
- Incontro Badante-Famiglia per definire il rapporto di lavoro, le mansioni, diritti e doveri, ecc.
- Affiancamento dell'Assistente Familiare nei primi giorni di lavoro (tutoring) da parte di un'assistente domiciliare esperta, ove richiesto;
- Monitoraggio dell'inserimento della badante nella famiglia, durante il periodo di prova
- Sostegno in caso di difficoltà sia da parte della famiglia che dell'assistente, durante il contratto;
- Sostituzioni temporanee delle Assistenti Familiari per assenze improvvise (malattia) o programmate (ferie, permessi, ore di riposo, ecc.)
- Corsi di formazione teorico-pratici per Assistenti Familiari gratuiti su varie tematiche per preparare gli Assistenti Familiari ad affrontare le diverse situazioni di cura (non autosufficienza, demenza, mobilitazione, utilizzo ausili, prevenzione decubiti, alimentazione, ecc.).

ATTIVITA' SVOLTE

L'attività iniziata in primavera si svolta lungo due direttrici:

- Costruzione dell'Anagrafe delle Assistenti Familiari, attraverso l'attività dello "Sportello Badanti", aperto due volte la settimana
- Incontri con le Famiglie (rilevazione del bisogno, orientamento,
- Incontri con le Assistenti Familiari (colloqui di selezione)
- Incontri con Assistenti familiari+ Famiglie (incontri preliminari - monitoraggio)
- Corso di Formazione
- Tutoring

PERSONALE

Il servizio è stato realizzato attraverso:

- Un Operatore di sportello
- Un'Assistente Sociale (Coordinatore)
- La Responsabile del Servizio
- Alcune ASA come tutor
- Infermiere e Fisioterapista per corso di formazione

DATI

Le Assistenti Familiari incontrate per cui è stata redatta la scheda sono state n. 30

Le Famiglie incontrate di cui è stata redatta la scheda sono state n. 5 più 10 colloqui estemporanei.

Il Corso di Formazione (della durata di tre incontri) è stato frequentato da n. 26 Assistenti Familiari.

ANDAMENTO DEL SERVIZIO

Anche nel corso del 2013 si è assistito ad 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.

Il calo d'utenza si è verificato maggiormente nell'ambito dei servizi accreditati.

Il fatturato 2013 del SAD è lievemente diminuito rispetto al 2012 (-1%) , ma si è mantenuto costante, mentre quello relativo ai voucher sociali è sceso del 12%.

I servizi privati sono invece aumentati del 70%, così come i ricavi del Centro di S. Croce (+60%) a cui si aggiungono le entrate del Progetto "Sollevio demenze".

Pertanto il comparto in totale è cresciuto del 17%, ma non è stato sufficiente a coprire i costi del servizio, aumentati rispetto all'anno precedente

RIFLESSIONI GENERALI SUI SERVIZI DOMICILIARI

Analizzando i tre servizi, si osserva che nel 2013 si è notato un lieve cambiamento delle caratteristiche dell'utenza. Il SAD pubblico si conferma come servizio nato per rispondere ad un'utenza fragile e senza reti, mentre i voucher sono riusciti ad intercettare nuovi utenti senza gravi problemi sociali, con necessità legate al normale invecchiamento.

Il SAD privato si conferma come servizio indirizzato alla classe media, anche se in 4 casi si è trattato di integrazione della risposta pubblica.

Nel SAD privato gli interventi sono caratterizzati da breve durata (solo 3 utenti sono rimasti in carico al servizio), monte ore limitato, prestazioni circoscritte.

Il nuovo progetto "Sollevio demenze" è decollato, se pur con grande sforzo organizzativo e di pubblicizzazione, ma non ha dato i risultati sperati. Solo a inizio 2014 si è cominciato a sviluppare.

A fine anno la Cooperativa ha partecipato al Bando di Gara per il SAD pubblico per l'anno 2014, ma non si è aggiudicata il servizio. Pertanto nel 2014 la Cooperativa gestisce solo utenti in accreditamento e utenti privati.

BISOGNI VECCHI E NUOVI

Lavorare nel SAD in passato significava prevalentemente offrire un supporto più o meno intenso ad anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti, che necessitavano di assistenza e accudimento o di un semplice supporto per vicariare le capacità funzionali in calo.

E in parte è ancora così, anche se questi casi sono sempre meno, sia perché prevale un'altra tipologia di utenza fragile dal punto di vista sociale, sia perché parlare di assistenza agli anziani oggi significa intercettare soprattutto la non autosufficienza e al suo interno, le patologie dementigene, che richiedono un tipo di assistenza che solo in misura limitata può essere erogato dal SAD.

Come noto, siamo in presenza di uno scenario sociale che ai fini della presente riflessione si può così sintetizzare :

a) **quote progressivamente sempre più alte di popolazione anziana**, ma soprattutto aumento dei grandi vecchi soli e con problemi di cura, più o meno inseriti in nuclei familiari ;

b) **nuclei familiari sempre più piccoli, spesso caratterizzati da una grande fragilità nei compiti di care**, in particolare nei confronti dei grandi vecchi, e che si concretizza:

- per le famiglie più giovani, in problemi di conciliazione fra impegni lavorativi e accudimento dei figli;
- per le famiglie più anziane in problemi di "tenuta psicofisica" rispetto ad una fatica che richiede molte energie, con difficoltà connesse alla necessità di assicurare contemporaneamente supporti alle famiglie dei figli, e al desiderio di un investimento su di sé dopo una lunga stagione lavorativa e di impegni genitoriali (*generazione sandwich*);

c) **una condizione femminile ormai ancorata per scelta, ma anche per necessità, al lavoro extra familiare** per cui le donne, per quanto restino comunque le maggiori caregivers, non possono né sono più disposte a portare avanti da sole e/o per conto dei partner carichi di cura pesanti e totalizzanti;

d) la permanenza, comunque nel nostro paese, e nel nostro territorio più che altrove, di una **forte cultura della solidarietà familiare e fra le generazioni** che pur in presenza delle difficoltà evidenziate aspira e tende a mantenere a casa il più possibile i propri anziani con ridotta autonomia;

e) **politiche di domiciliarità** che hanno sviluppato un panorama di offerta importante seppure al di sotto delle esigenze;

e) **nuove unità d'offerta** a favore della popolazione anziana e non autosufficiente (ex. assistenza post acuti, CDI per le demenze, ecc.)

L'intreccio dei diversi aspetti brevemente richiamati hanno portato nel corso dell'ultimo decennio ad un **aumento progressivo degli ingressi di grandi anziani in RSA** (unitamente ad un contemporaneo aumento delle "liste di attesa") vissuti in genere come decisioni fortemente necessitate, ma sofferte, ovviamente in primis, dagli interessati, ma anche dai familiari in bilico tra l'impossibilità di sostenere impegni intensivi e lo scacco del sottrarsi a un dovere di solidarietà intergenerazionale culturalmente ancora molto radicato.

Per quanto le statistiche ci segnalino quanto i dati italiani di istituzionalizzazione degli anziani siano sempre stati comunque nell'insieme contenuti, di fatto gli incrementi avuti fino al 2000 segnavano l'avvio di una tendenza che sembrava senza vie di uscita. Solo l'arrivo imprevisto, di una nuova **forza lavoro immigrata e a prezzi accessibili**, ha potuto togliere le famiglie e gli anziani da questa situazione d'impasse ed essere perciò una risorsa significativa di aiuto. Una risorsa che nel giro di pochissimi anni ha prodotto visibili cambiamenti in ordine alla istituzionalizzazione crescente che in quegli anni ha visto **diminuire significativamente le ammissioni in residenza protetta degli anziani cosiddetti "autosufficienti o parzialmente autosufficienti"** e un **rinvio delle ammissioni di situazioni più severe**, quando non più gestibili nemmeno dalle assistenti familiari.

Il **Servizio di assistenza domiciliare**, complessivamente il più conosciuto e diffuso garantisce, come tutti sappiamo, prestazioni fondamentali e irrinunciabili, soprattutto sul

versante socio-sanitario (ADI) ma **non è in grado**, e lo si è già detto, **di affrontare la complessità dei problemi di cura e, soprattutto, esigenze di un affiancamento tutelare quotidiano che caratterizza ormai molte domiciliarità dei grandi vecchi e malati**, sia in termini di tempo sia in termini economici.

A livello di interventi, a favore della popolazione anziana, negli ultimi anni si è consolidata dunque una sorta di distinzione di fondo **tra interventi tesi a creare una rete di protezione e di monitoraggio rivolta a persone tendenzialmente senza grossi problemi di autosufficienza** – interventi cosiddetti di **“domiciliarità leggera”** - ed interventi rivolti a persone anziane con problemi di non autosufficienza, definiti di **“domiciliarità pesante”**, che vengono appunto sostenuti dalle famiglie in un rapporto privato di cura.

Gli **interventi che rimangono in capo al SAD, sono dunque interventi “leggeri”**, che garantiscono un monitoraggio della situazione di iniziale decadimento dell’anziano solo nella gestione della quotidianità (aiuto domestico, preparazione o consegna pasti, lavanderia, assistenza nell’assunzione dei farmaci, accompagnamento, bagno, ecc.) e, più raramente, interventi di accudimento e supporto alla gestione della cura di sé, in affiancamento alla famiglia o all’assistente familiare, in alcune operazioni (ex. bagno) o in assenza della stessa. Si tratta di interventi qualificati, che richiedono competenza e attenzione in quanto prestazioni a rilievo sanitario, che richiedono spesso di interagire con altri professionisti o servizi (ADI, IP, MMG, CPS, ecc.) secondo modalità che sappiano riconoscere, valorizzare e assumere le due distinte peculiarità attraverso una sintesi condivisa che non mortifichi e marginalizzi l’ambito sociale storicamente più debole.

Ma accanto all’utenza tipica, **il SAD oggi racconta anche storie di ordinaria esclusione**, di vite appese ad un filo, tenute insieme in qualche modo dal servizio, che per alcuni rappresenta l’unico rapporto significativo con l’esterno.

Le riflessioni scaturite più dalla conoscenza degli utenti, che dall’analisi dei semplici dati forniti, pur se significativi, rimandano ad un più generale problema, che si sta sempre più spesso presentando ai servizi sociali, che è quella dell’**aumento delle situazioni di fragilità estrema**, non necessariamente legate al disagio psichico conclamato.

Nell’attuale contesto generale di instabilità economica e sociale, in cui i legami sono sempre più fragili e deboli, **un numero crescente di persone e di situazioni sono a rischio di nuove forme di deprivazione, esposte allo scivolamento dalla “normalità” verso le zone di povertà**. Le nuove fragilità si rivelano sempre meno definibili e vanno ad ampliare la *zona grigia* del disagio. Non solo “grigia” in quanto è sempre meno definito il margine tra inclusi ed esclusi, ma anche per l’*incerto* confine tra visibile e invisibile, tra emerso e sommerso, tra vincoli e possibilità, tra progetto e deriva.

Le nuove povertà non sono identificabili con la dimensione economica *tout-court*, ma hanno sempre una componente di disagio affettivo-relazionale.

La promozione delle risorse e l’attenuazione dei margini di rischio non possono avvenire in modo isolato, senza **promuovere le risorse comunitarie, formali e informali**, del contesto di appartenenza, per costruire spazi e tempi della *solidarietà*.

Il rischio di esclusione sociale si previene andando a **riattivare le risorse là dove sono presenti: in famiglia, nelle reti di vicinato, nelle relazioni interpersonali maggiormente significative**. La collaborazione che così si viene a creare può dare vita a percorsi di crescita dinamica, scambievole e permanente di tutti gli attori in campo.

Per fare ciò è necessario che più servizi e risorse informali si facciano carico, *insieme*, di situazioni che presentano problematiche diverse che non possono trovare risposta nelle risorse di un solo servizio. È quindi decisivo il **lavoro di rete e di comunità e una rivitalizzazione del ruolo del vicinato**.

IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

L'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) si colloca nella rete dei servizi sociosanitari volti a garantire alle persone, in condizione di fragilità, prestazioni sociosanitarie integrate a domicilio.

Il servizio attivo da 2006, si è consolidato negli anni mantenendo un volume di prestazioni e di fatturato pressoché invariato negli ultimi anni.

IL VOUCHER SOCIO SANITARIO

Il voucher socio sanitario viene attivato dal Medico di famiglia (o al Pediatra), che segnala all'ASL la necessità di interventi domiciliari a favore del proprio assistito.

- La segnalazione viene valutata dalla Commissione di Valutazione ASL del Distretto di Chiavenna (CVD).
- La Commissione effettua, se necessario, una visita domiciliare al fine di valutare il bisogno socio-sanitario dell'Utente ed assegna il profilo di cura più appropriato con il relativo titolo d'acquisto e la durata.

- La Commissione chiede all'utente o suo familiare di scegliere l'ente da cui intende ricevere le prestazioni, tra quelli accreditati, tra cui L'Arca.

I dati relativi alla provenienza delle segnalazioni sono significativi, poiché forniscono un'immagine dei sistemi di attivazione dei servizi della rete.

Per quanto riguarda l'accesso alle cure domiciliari la maggior parte delle segnalazioni, proviene dal Medico di Base (MMG) ed un'altra parte minima direttamente dai reparti ospedalieri o dall'Oncologia di Chiavenna.

L'Arca concorda telefonicamente con il paziente o suo familiare l'organizzazione tempestiva del servizio, nel rispetto delle prescrizioni mediche e delle specifiche esigenze dell'utente.

Il voucher può essere rinnovato su proposta del Medico in accordo con l'ASL.

FUNZIONAMENTO

Il servizio è attivo, in base ai profili di cura stabiliti, anche 7 giorni su 7, per almeno 42 ore settimanali.

La segreteria organizzativa prevede una reperibilità al cellulare da parte del Responsabile dalle 9.00 alle 18.00, 7 gg su 7.



SCHEDA

	ADI	CURE PALLIATIVE
OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare la qualità di vita della persona in condizione di fragilità e allontanare nel tempo il ricorso a unità d'offerta residenziali; • Stabilizzare il quadro clinico della persona a seguito di dimissione ospedaliera; • Garantire la continuità dell'assistenza tra sistema sanitario, sociosanitario e sociale; • Sostenere la famiglia e i caregiver nel percorso di cura 	<p>L'ADI cure palliative è un servizio domiciliare che si propone di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistere al domicilio i malati terminali di tutte le età, attraverso un'assistenza qualificata e adeguata alla specifica situazione di bisogno. • Curare la qualità della vita del paziente, garantendo la cura del malato in maniera globale (fisica, psicologica, sociale, spirituale), anche attraverso il controllo del dolore e degli altri sintomi. • Offrire sostegno al malato terminale e ai familiari sia nella fase assistenziale, sia nella fase del lutto.
DESTINATARI	<ul style="list-style-type: none"> • Persone non autosufficienti parziali o totali, di carattere temporaneo o definitivo; • utenti non trasportabili presso presidi sanitari ambulatoriali; • utenti con una rete familiare e/o formale o informale di supporto e condizioni abitative idonee 	<ul style="list-style-type: none"> • Malati terminali con una rete familiare e/o formale o informale di supporto e condizioni abitative idonee
SERVIZI OFFERTI	<ul style="list-style-type: none"> • Tutte le prestazioni mediche e infermieristiche necessarie erogabili a domicilio (prelievi, medicazioni, CCV, flebo, ecc.) • Riabilitazione e consulenza nell'utilizzo di ausili • Consulenze specialistiche (Fisiatra, Geriatra) • Consulenza psicologica e sociale • Supporto nelle cure personale • Addestramento del paziente e del caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapie per il controllo del dolore e degli altri sintomi • Prestazioni mediche e specialistiche (MCP) <p>Tutte le prestazioni infermieristiche necessarie erogabili a domicilio, 7 gg su 7 con reperibilità 24/24</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornitura del materiale sanitario necessario, non a carico dell'ASL e supporto nella richiesta di ausili • Aiuto nelle cure igieniche • Consulenze telefoniche da parte dei membri dell'equipe. • Eventuale supporto psicologico e sociale • Colloqui con i familiari
PERSONALE	Medico internista-Fisiatra- Psicologo- IP-FKT-ASA/OSS - Educatore- Assistente Sociale	Medico internista- Medico Palliativista- Psicologo- IP-FKT-ASA/OSS - Assistente Sociale
COSTI	Gratuito (SSR)	Gratuito (SSR)
AMMISSIONE	MMG-Dimissioni protette ospedale	MMG

UTENZA

Per quanto riguarda i profili ADI, nel 2013 sono stati seguiti in totale n. 84 pazienti, di cui 57 F e 27. M di cui:

- n. 27 utenti dimessi per guarigione
- N.11 utenti sono stati seguiti tutto l'anno.
- N.29 utenti sono stati seguiti solo per un ciclo, di cui n. 3 sono stati presi in carico a dicembre e hanno proseguito il servizio anche nel 2014.
- Per cui in totale sono stati solo 26 gli utenti che hanno usufruito di un solo profilo, di cui:
 - 14 per cicli di FKT.
 - 09 sono guariti
 - 03 sono deceduti
 - N.29 utenti erano in carico al 31.12.2013

I PROFILI

Nel 2013 sono state erogate oltre 2000 prestazioni estemporanee, in prevalenza prelievi e, in misura minore, CCV.

In totale sono stati emessi n. 343 profili, di cui:

- 255 PROFILO 1
- 20 PROFILO 2
- 30 PROFILO 3
- 8 PROFILO 4
- 30 PROFILO PRESTAZIONALE (prima o dopo i profili)

Tutti i n.4 utenti con profilo 4 erano malati terminali che per scelta del MMG non sono stati indirizzati alle CP.

PRESTAZIONI ADI

- Rispetto alle prestazioni, prevalgono quelle di tipo infermieristico, e tra quelle, le medicazioni di lesioni cutanee.
- N. 30 pazienti hanno usufruito di cicli di FKT, di cui n.21 in maniera esclusiva (tranne eventuali prelievi) e n.9 associati a prestazioni infermieristiche e/o assistenziali continuative.
- Dei n.30 utenti che hanno usufruito di prestazioni riabilitative, N. 11 utenti hanno usufruito di più di un ciclo di FKT, tra cui 3 pazienti in carico continuativamente.
- N. 12 pazienti hanno usufruito della figura dell'ASA, di cui 2 in modo continuativo.
- N. 02 utenti hanno usufruito di consulenza Fisiatrica
- N. 01 utente ha usufruito di consulenza psicologica

IL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO

- Il P.A.I. deve essere coerente con i bisogni socio sanitari del paziente, in modo da garantire che vengano messe a disposizione dell'assistito e della sua famiglia tutte le competenze professionali necessarie per tutto il periodo previsto. Il PAI deve essere sottoscritto dal paziente/referente.
- Durante il periodo di erogazione del servizio è tenuto aggiornato, presso il domicilio della persona assistita, un diario domiciliare per la registrazione delle prestazioni erogate dai diversi operatori, al fine di assicurare l'integrazione degli interventi ed il trasferimento reciproco delle informazioni per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali.

- Se dovessero intervenire delle variazioni nelle condizioni della persona assistita si procede ad una rivalutazione, a cura della CVD dell'ASL, che può portare o ad un rinnovo del medesimo profilo o all'attribuzione di un nuovo profilo e quindi all'erogazione di un nuovo voucher o alla dimissione anticipata.

EQUIPE

L'equipe del servizio nel 2013 è rimasta stabile, a parte il Coordinatore in congedo per maternità, sostituito dalla Responsabile, con la collaborazione di un'amministrativa e della sostituzione di un'OSS.

L'equipe è formata da:

- N.1 Responsabile medico specialista in medicina interna
- N.1 Responsabile del servizio (Direttore)
- N.1 Coordinatore (fino a metà maggio '13)
- N.4 IP
- N.1 FKT (+ 1 sostituto)
- N.5 ASA
- N.1 OSS
- N.1 Psicologo
- N.1 Fisiatra

CRITICITA'

Nel servizio ADI non si sono presentate particolari criticità.

Il rapporto con i MMG è in via di miglioramento, anche per il continuo rapporto mantenuto dagli operatori.

Nessun MMG ha partecipato alle riunioni d'equipe, tranne il responsabile.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2014

Per il 2014 si prevede di:

- rivedere il fascicolo dell'utente (Fasas)
- rivedere il modello PAI
- pubblicizzare maggiormente il servizio
- coinvolgere maggiormente i MMG nelle equipe
- realizzare incontri formativi sui temi della non autosufficienza a favore dei familiari

IL SERVIZIO ADI CURE PALLIATIVE

All'interno dell'ADI, la Cooperativa L'Arca eroga anche il servizio di cure palliative domiciliari. Le cure palliative consistono nell'assistenza dei pazienti 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.

E' la forma assistenziale a maggior impegno sanitario che richiede il massimo livello di integrazione e collaborazione tra i professionisti, che costituiscono un'unica équipe assistenziale.

Il servizio di cure palliative garantisce la possibilità per il paziente di essere assistito nella propria abitazione, ma può essere attivato solo con il consenso del paziente, in ambiente idoneo e in presenza di parenti o referenti 24 ore su 24.

Il servizio prevede accessi quotidiani, 7 giorni su 7, 365 giorni all'anno e una Reperibilità infermieristica 24/24 con possibilità di accessi domiciliari e consulenza telefonica continua.

CHI SEGNALA

Per quanto riguarda l'accesso alle cure domiciliari Cure Palliative la maggior parte delle segnalazioni, proviene dal Medico di Base (MMG)

- N.4 pazienti sono passati dall'ADI al profilo CP
- N.2 pazienti sono stati segnalati da familiari/servizi
- N.4 sono stati attivati direttamente dal MMG

Dopo l'avvio delle cure domiciliari in capo all'AOVV, nessun caso è più pervenuto dai reparti ospedalieri e in generale non sono diminuite le segnalazioni anche da parte dei MMG.

UTENZA

I Pazienti del servizio di Cure Palliative nel 2013 sono stati n.10, di cui 7 F e 3 M.

Rispetto alla durata del servizio:

- n.1 paziente è stato in carico oltre 90 gg,
- n.2 pazienti sono stati in carico meno di 7 gg

Dei n.10 pazienti:

- n.7 sono deceduti a domicilio, in carico al servizio
- n.1 è stato trasferito all'Hospice
- n.2 sono passati in ODCP, n.1 dalle CP domiciliari, l'altro dopo un ricovero ospedaliero.

PRESTAZIONI ADI CP

- Tutti i pazienti (n.10) hanno ricevuto prestazioni infermieristiche
- N. 06 pazienti hanno ricevuto la consulenza del MCP, gli altri n.4 sono stati seguiti solo dal MMG.
- N. 02 pazienti hanno usufruito dell'ASA
- N. 01 paziente ha usufruito di prestazioni riabilitative
- Nessun paziente o familiare ha richiesto consulenza psicologica

EQUIPE CP

L'equipe del servizio è sostanzialmente quella dell'ADI con in aggiunta il MCP.Vi è stato un avvicendamento dei MCP (n.3) per difficoltà dei consulenti a mantenere gli impegni assunti.

CRITICITA'

Nel servizio ADI CP le criticità sono evidenti, a cominciare dal numero di casi seguiti nel 2013, rispetto al passato.

Sicuramente l'avvento dell'ODCP ha inciso in maniera determinante nella segnalazione dei casi, soprattutto da parte dei reparti ospedalieri.

Tuttavia anche le difficoltà interne legate alla figura del MCP, ha creato non pochi disservizi e danno di immagine al servizio.

In autunno finalmente si riusciti ad ottenere una nuova convenzione con l'AOVV per il MCP, che darà garanzia di continuità.

Per il resto è migliorato il rapporto con i MMG, tranne qualche eccezione, i quali però non intervengono alle riunioni d'equipe e spesso continuano a non segnalare i casi o a non richiedere l'intervento del MCP.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2014

Per il 2014 si prevede di:

- rivedere il fascicolo dell'utente
- rivedere il modello PAI

- rilanciare il servizio, facendo opera di sensibilizzazione soprattutto nei confronti dei MMG
- coinvolgere maggiormente i MMG nelle equipe
- proporre un incontro pubblico sui temi delle cure palliative.

AMBULATORIO E PALESTRA DI FISIOTERAPIA

Il servizio avviato nel 2011, già da 2012 è decollato, e nel 2013 si è consolidato, ma solo per quanto riguarda l'attività riabilitativa, sia per quanto riguarda i trattamenti individuali ambulatoriali che i gruppi riabilitativi.

I pazienti dell'ambulatorio sono stati n. 22 contro i 50 del 2012 alcuni dei quali per trattamenti prolungati, mentre gli utenti dei gruppi sono stati n. 76 contro i 55 del 2012, molti dei quali hanno frequentato più di un gruppo nel corso dell'anno.

Sono stati proposti gruppi riabilitativi prevalentemente orientati alle patologie muscolo scheletriche e gruppi di ginnastica posturale.

Nel 2013 è stato proposto con successo anche il Corso di Yoga con 3 edizioni.

I ricavi sono lievemente diminuiti, anche per l'assenza della fisioterapista maggiormente impegnata nel servizio in congedo per maternità e rientrata solo a settembre. Tuttavia dall'autunno il servizio ha ricominciato a crescere.

I fisioterapisti impegnati nell'ambulatorio e nei gruppi sono stati complessivamente n.4.

CRITICITA'

Il Centro è conosciuto solo per l'attività di fisioterapia, anche se sempre più persone si avvicinano al servizio. Anche le visite specialistiche fisiatriche vengono raramente richieste.

Le attività dunque non sono diversificate e l'ambulatorio è sotto utilizzato.

Si è cercato di interpellare alcuni specialisti ma senza grandi successi.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

- ▶ Diversificare le attività specialistiche costruendo pacchetti integrati
- ▶ Individuare una rosa di specialisti non presenti sul mercato cittadino coerenti con le attività svolte dalla Cooperativa e legati alla promozione di maggior benessere.
- ▶ Diversificare anche l'offerta di fisioterapia, attraverso nuovi approcci
- ▶ Proporre nuove tipologie di corsi
- ▶ Attivare corsi di formazione e di educazione alla salute.



Sezione 5 – 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.

5.1 MAPPA DEI PORTATORI DI INTERESSE



5.2 SOCI, PERSONALE E VOLONTARI (Stakeholder interni)

BASE SOCIALE

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.

N° DEI SOCI

Al 31/12/2013 i soci erano n. **34**, di cui **25 soci lavoratori**. I non soci sono sostanzialmente ex lavoratori che hanno voluto mantenere la qualifica di socio. Un socio è rappresentato da un'associazione. Si è mantenuta nella base sociale anche l'erede della socia scomparsa, subentrata nella posizione di Jeremie.

Al 31 dicembre	2012	2013
Soci totali	34	34
Soci lavoratori	26	25
Soci non lavoratori	8	9

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*.

SOCI PER ETÀ

La fascia di età maggiormente rappresentata tra i soci lavoratori è quella over 50 (45%)

SOCI PER ETÀ'	≤ 35	36-45	46-50	>50	Tot.
Maschi	0	0	0	1	1
Femmine	3	8	7	14	32
Associazione	0	0	0	0	1

I dati raccontano di una cooperativa in cui sono presenti i soci storici, ma che sta "invecchiando" (**66% ha più di 45 anni**) e che fatica a trovare un ricambio, almeno nella compagine sociale.

CAPITALE SOCIALE

Nel 2013 la quota di capitale sociale è di **€ 138.975,00**.

RISORSE UMANE

“Il vero valore di un’azienda è quello che entra nell’edificio al mattino e lo lascia la sera”

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. L’Arca riconosce **la centralità delle Risorse Umane**, nella convinzione che il principale fattore di successo di ogni impresa, ed in particolare di quelle operanti nel settore dei servizi, sia costituito dalla professionalità delle persone che vi operano. 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. In questo senso è costante l’attenzione alla formazione e all’aggiornamento del personale.

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 ricoprire gli incarichi.

Ma il valore delle risorse umane non è solo un concetto legato alla capacità relazionale, ma risiede essenzialmente nella loro capacità di raggiungere obiettivi. Questi ultimi variano naturalmente in funzione del settore e degli incarichi cui sono preposti. A seconda del loro ruolo, i lavoratori dovranno misurarsi tutti sul campo del raggiungimento degli obiettivi.. Il valore delle risorse umane va calcolato anche in relazione a quanto ciascun lavoratore apporta al valore globale della Cooperativa. Non soltanto quanto produce o quanto soddisfa i fruitori finali del suo lavoro, ma quanto fa accrescere l’organizzazione nel suo complesso.

Ultimo dei fattori che presentiamo è la prospettiva temporale. Le risorse umane infatti non sono una “merce” di scambio ma elementi appunto *umani* che intrattengono relazioni complesse con il sistema nel quale operano. **La durata della loro permanenza presso la cooperativa può in certi casi essere più importante rispetto ad altri fattori.** Per questo occorre investire nella “manutenzione” e valorizzazione delle risorse umane in tutte le fasi, tenendo sempre alta la motivazione e individuare meccanismi di gratificazione e ricompensa.

Purtroppo un’organizzazione come L’Arca, sempre impegnata in trincea a presidiare i bilanci, finisce per perdere di vista il capitale più importante.

A tutti i soci dell’Arca un grande ringraziamento per l’impegno e la flessibilità dimostrati anche nei momenti più critici che anche quest’anno non sono mancati.

I LAVORATORI

L'Arca applica il Contratto Collettivo Nazionale delle Cooperative Sociali per tutti i lavoratori e per i soci. Si avvale 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). Unico collaboratore socio è Medico del Centro, il cui contratto viene rinnovato di anno in anno, ma che di fatto è indeterminato.

I lavoratori in totale nel 2013 sono stati **n. 57**, di cui **49 subordinati** e **8 collaboratori**. I collaboratori stabili sono quelli che da alcuni anni intrattengono una relazione professionale con la Cooperativa:

- Medici (2 Direttore sanitario-Fisiatra) a partita IVA
- Psicologo (2) a partita IVA
- Fisioterapisti (2) di cui 1 a partita IVA - 1 Mini co.co.co- 1 a progetto poi assunto.
- Operatore sportello (1) collaborazione a progetto

A questi si aggiungono 3 medici in convenzione tramite l'AOVV.

Al 31 dicembre	2011	2012	2013
Lavoratori subordinati soci	26	24	24
Lavoratori subordinati non soci	16	21	25
Collaboratori non soci	7	5	7
Collaboratori soci	1	1	1
Totale lavoratori	50	51	57

ANDAMENTO DELL'OCCUPAZIONE

Al 31.12.2013 i lavoratori a libro paga erano n. 47, di cui 2 hanno cessato al 31.12.13.

Nell'arco del 2013 in totale i lavoratori a libro paga sono stati 52, 49 subordinati + 2 collaboratori a progetto e 1 mini co.co.co)

Rispetto all'anno 2012, è diminuito il turnover.

	Subordinati	Copro e mini co.co	P.IVA	Totale
N° occupati al 1/01/2013	41	1	5	47
avviati nell'anno	8	2	0	10
cessati nell'anno	4	1	0	5
totale nell'anno	49	3	5	57
N° occupati al 31/12/2013	45	2	5	52

RAPPORTO DI LAVORO SUBORDINATO

	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Totale
Tot. lavoratori a libro paga 2013	43	6	49
In maternità	2	1 collaboratore +1 subordinato	2
Periodi di aspettativa	3	0	2

gli incarichi a tempo determinato, da 10 a 6 riservati a :

- Sostituzioni di maternità (2)
- Sostituzioni di aspettativa (2)
- Su uno specifico progetto (1)
- Per un lavoro temporaneo(1)

Le 3 aspettative sono state tutte richieste per motivi familiari connessi a compiti di cura di familiari anziani.

I VOLONTARI

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 2013 sono stati 10, 5 donne e 5 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, due di loro hanno anche garantito la manutenzione del centro e del giardino.

Un ringraziamento a tutti i volontari (Graziella Bario, Bruna Cipriani, Lori Gianoli, Elsa Belli, Tiziana Bazza Massimo Lera, Aldo Iemi, Giancarlo Bazza, Ugo Dell'Anna, Reto Lucchinetti) per l'impegno e la costanza nel portare avanti le attività, il servizio di trasporto per il CDI e la manutenzione ordinaria.

Si ringraziano inoltre i diversi cori che hanno allietato molte giornate di festa dei nostri anziani, così come ringraziamo tutti i volontari che occasionalmente ci hanno portato il loro contributo, per la presentazione di esperienze, fotografie, storie.

LA FORMAZIONE

C'è un proverbio cinese che dice:

“Chi chiede può essere stupido per cinque minuti. Chi non chiede è stupido per tutta la vita.”

La formazione ha occupato un ruolo importante e ha assorbito molte risorse, soprattutto nei servizi accreditati, dove l'aggiornamento è costante.

Una parte importante della formazione è stata dedicata al tema della sicurezza, con i corsi obbligatori.

Titolo	Ente formazione	Destinatari	Ore	Totale costi
Lavorare con cura	Foncoop Consolida Lecco	ASA SAD +CDI/CPF	16 ore	Formazione finanziata
Lavoro di rete e sviluppo delle risorse comunitarie Le competenze relazionali dell'operatore di assistenza	Foncoop Consolida Lecco	Equipe SAD+ADI	12 ore	Formazione finanziata
L'appropriatezza nel sistema socio sanitario	ASL Sondrio	1 IP CPF 1IP CDI Girasole 1 Coord. 1 Resp. CDI	4 ore	gratuito
Contenere la contenzione	ASL Sondrio	1 IP CPF 1 Coord, CPF	4 ore	gratuito
Addestramento utilizzo nuove Pompe di nutrizione	ASL Sondrio-Ditta Frenesius	2 IP ADI	2 ore	gratuito
La sedazione palliativa	Associazione Fabio Sassi di Airuno (LC)	1 IP	5 ore	60,00 €
Competenza decisionale del malato e ruolo della famiglia nelle scelte di fine vita	Associazione Fabio Sassi di Airuno (LC)	1 Coordinatore ADI-CP	4 ore	60,00 €
L'assistente sociale nell'équipe di cure palliative: snodo della rete?	Centro Studi e Formazione Fondazione VIDAS Milano	1 Responsabile ADI-CP	4 ore	gratuito
La sicurezza dei pazienti e degli operatori	IPASVI Sondrio	IP	15 ore	gratuito
La responsabilità della comunicazione : come comunicare e costruire una relazione di cura efficace con le persone assistite	IPASVI MB	3 IP ADI 1 IP CPF	8 ore	116,00 €
Vivere la relazione con l'anziano affetto da demenza	Cooperativa	Equipe CDI + Equipe SAD	20 ore	2.800,00 €
Corso di aggiornamento sul D.Lgs . 231/2001	ASL Sondrio	1Direttore/ 1Responsabile amministrativo	18 ore	gratuito
La proporzionalità delle cure: Idratazione e alimentazione artificiale	Associazione Fabio Sassi di Airuno (LC)	3 IP ADI	5 ore	120,00 €
Questioni di bioetica :Idratazione e nutrizione artificiale nel fine vita	Associazione Fabio Sassi di Airuno (LC)	1 IP ADI	8 ore	60,00 €
Il Dolore: valutazione e trattamento in cure palliative	Associazione Fabio Sassi di Airuno (LC)	2 IP ADI	5 ore	60,00 €
Problematiche del nursing in CP:i sintomi non tipici e il ruolo della fisioterapia	Associazione Fabio Sassi di Airuno (LC)	2 IP ADI 1 FKT ADI	8 ore	120,00 €
Accompagnamento al paziente morente: ripercussioni emotive sugli operatori	Associazione Fabio Sassi di Airuno (LC)	1IP ADI	7 ore	70,00 €.
Valutazione e trattamento dell'adulto con emiplegia - Concetto Bobath	Milano	FKT	110 ore	
Valutazione clinica dell'apparato respiratorio-esame clinico e	ARIR - Milano	FKT	10 ore	

semeiotica respiratoria-esame chinesiologico del sistema toracoaddominale				
Stabili o mobili? La comprensione della propria fisicità e di quella della persona in cura	ART Riabilitazione Formazione Consulenza Ricerca	FKT	20 ore	
Puoi contare su di noi : Gruppi di Auto mutuo aiuto nel territorio	Associazione Navicella – Coop. La Breva-Nisida	AS		
Addestramento Mobilizzazione pazienti	Cooperativa	ASA/OSS	Due gruppi	
Primo soccorso	Ecolario	IP Cavallo Cristina Formazione obbligatoria	12 ore	150,00 €.
Sicurezza generale	Ecolario	SAD-CDI-CPF Formazione obbligatoria	4 ore	600,00 €
Aggiornamento Haccp	Ecolario	1 cuoca Formazione obbligatoria	4 ore	100,00 €
Sicurezza rischio specifico (stress+ rischio biologico)	Ecolario	Gruppi interessati dal rischio Formazione obbligatoria	8 ore	1.200,00 €
Aggiornamento Responsabile Sicurezza Lavoratori	Ecolario	1 RSL Formazione obbligatoria	8 ore	150,00€
Formazione Preposto	Ecolario	1 Coord. CPF Formazione obbligatoria	8 ore	200,00 €
Totale				5.866,00 €

5.3 LE RETI (stakeholder esterni)

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.

Nel 2013 non vi sono stati incontri del Tavolo del Piano di Zona.

ASSOCIAZIONI

Nel 2013 sono state coinvolte alcune associazioni per il progetto di valorizzazione del vicinato e del volontariato nel SAD, ma dopo un primo incontro le Associazioni non hanno dato disponibilità a continuare il progetto.

Nel 2013 anche il rapporto con l'Associazione Alzheimer si è affievolito.

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.

Nel 2013 sono stati ripresi i contatti con il Consorzio Sol.Co Sondrio, all'interno di un percorso di sviluppo e di risignificazione dell'esperienza., percorso proseguito nel 2014.

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:

- **Comunità Montana Valchiavenna, tramite l'accreditamento** per il Servizio di Assistenza Domiciliare mediante i voucher sociali e l'appalto per il SAD
- **l'ASL della Provincia di Sondrio, tramite l'accreditamento** per il servizio ADI e cure palliative
- **il Comune di Piuro, tramite la convenzione** per l'animazione del Centro Anziani

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 2013 abbiamo ricevuto un contributo di €. 8.000,00 dalla Fondazione Pro Valtellina- Tirelli per lavori di completamento del servizio SISS.

DONATORI

Nel 2013 la Cooperativa in qualità di ONLUS ha ricevuto da parte del contribuente la quota Irpef destinata alle associazioni no-profit (il 5xmille). La quota ricevuta nel 2012 è di €. , entrata nel bilancio 2013 è di €.. 4.317,91

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 2013 in totale n°421 persone, suddivise 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 400).


n. 49 utenti CA
n. 31 utenti SISS
n. 19 utenti CDI Bette



n.99

n. 19 utenti CDI Il Girasole


n. 40 utenti SAD
n. 84 utenti ADI
n. 10 utenti cure palliative



n.134

n. 98 utenti ambulatorio palestra FKT

n. 30 Assistenti familiari "Sportello Badanti"
n. 15 famiglie incontrate
n. 26 partecipanti al corso



n.71

Sezione 6 – LA DIMENSIONE ECONOMICA

6.1 BILANCIO RICLASSIFICATO

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.

Il bilancio 2013 tuttavia chiude con una perdita di €. 33.637,00, dovuta in gran parte alla diminuzione delle entrate, sia per quanto riguarda il SAD che le Cure Palliative, a fronte di costi lievemente aumentati.

STEP 1 - VALORE DELLA PRODUZIONE

A	Produzione ricchezza economica	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
	Privati e famiglie	639.250,00	677.123,00	568.855,00
	Imprese private			
	Consorzio			
	Enti pubblici e aziende sanitarie	298.724,00	245.014,00	413.515,00
	Contributi pubblici	94.864,00	90.618,00	88.842,00
	Finanziatori		8.000,00	18.186,00
	Donazioni private (comprehensive del 5 per mille)	8.560,00	5.368,00	4.005,00
	Rimanenze finali			
	Altri proventi (proventi straordinari, proventi vari)	1.604,00	7.483,00	2.388,00
	Altro (immobilizzazioni start up)	-	17.171,00	
	Totale	1.043.002,00	1.050.777,00	1.095.791,00

B	Costi da economie esterne e ammortamenti	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
	Fornitori di beni da economie esterne	232.136,00	258.615,00	230.669,00
	Variazione rimanenze iniziali/finali per materie prime e merci	706,00	488,00	- 467,00
	Ammortamenti e accantonamenti	26.868,00	42.709,00	44.784,00
	Oneri straordinari	189,00	1.886,00	525,00
	Altro	-	-	-
	Totale	259.899,00	303.698,00	275.511,00
C = A-B	Valore aggiunto	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
	Totale	783.103,00	747.079,00	820.280,00
		<i>75,1%</i>	<i>71,1%</i>	<i>74,9%</i>

Da notare nella tabella B. l'aumento consistente degli ammortamenti, che passano da 26.868,00 a 42.709,00 per effetto degli investimenti operati nel nuovo CDI il Girasole e in parte nel Centro Polifunzionale.

STEP 2 - DISTRIBUZIONE VALORE AGGIUNTO

D	Sistema cooperativo	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
	Consorzio di riferimento	-	-	-
	Cooperative sociali	-	-	-
	Cooperative non sociali	-	-	-
	Centrale cooperativa	2.472,00	2.579,00	2.589,00
	Centro servizi centrale cooperativa	16.167,00	16.903,00	15.971,00
	Altro	-	-	-
	Totale	18.639,00	19.482,00	18.560,00
E	Finanziatori	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
	Finanziatori ordinari	8.961,00	7.530,00	12.172,00
	Finanziamento dai soci	-	-	-
	Finanziatori di sistema ed etici	-	-	-
	Finanziatori pubblici	-	-	-
	Totale	8.961,00	7.530,00	12.172,00

Come si evidenzia nella tabella F la ricchezza prodotta è maggiormente distribuita ai soci lavoratori, rispetto ai dipendenti. Il costo del lavoro non è aumentato riguardo ai lavoratori subordinati, ma alcune voci di costo sono all'interno della voce "fornitori di beni da economie esterne" che invece è cresciuta rispetto all'anno precedente.

F	Lavoratori	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
	Dipendenti soci e non (comprensivo di TFR)	728.778,00	733.724,00	798.847,00
	Ristorni ai soci lavoratori	-	-	
	Svantaggiati	-	-	
	Parasubordinati	-	-	
	Collaboratori	-	-	
	Occasionali	-	-	
	Tirocini formativi	-	-	
	Amministratori e sindaci	1.558,00	3.638,00	4.680,00
	Volontari	-	-	
	Formazione continua lavoratori	4.540,00	7.300,00	8.773,00
	<i>Totale</i>	730.336,00	737.362,00	812.300,00

G	Comunità territoriale	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
	Associazioni e soggetti del terzo settore	-	-	-
	Altro	-	-	-
	<i>Totale</i>	-	-	-

H	Soci	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
	Costi per iniziative rivolte a tutta la base sociale	-	-	-
	Ristorni destinati ai soci	-	-	-
	Altro	-	-	-
	<i>Totale</i>	-	-	-
I	Enti pubblici	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
	Tasse	5.763,00	9.042,00	12.219,00
	Altro	-	-	-
	<i>Totale</i>	<i>5.763,00</i>	<i>9.042,00</i>	<i>12.219,00</i>
L	Cooperativa	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
	Ristorni destinati ad incremento capitale sociale	-	-	-
	Utile esercizio / perdita	14.864,00	- 33.637,00	- 34.971,00
	<i>Totale</i>	14.864,00	- 33.637,00	- 34.971,00
M = D+E+ F+G +H+I+L	Valore aggiunto	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
	Totale valore aggiunto	752.608,00	778.563,00	820.280,00

PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE RICCHEZZA PATRIMONIALE

M	PATRIMONIO NETTO	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
	Capitale sociale	138.975,00	138.975,00	138.975,00
	Riserve	46.401,00	60.820,00	27.184,00
	Utile d'esercizio / perdita	14.864,00	- 33.637,00	- 34.971,00
	Totale	200.240,00	166.158,00	131.188,00
N	RISTORNO AI SOCI	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
	Ristorni	-	-	-
P	PATRIMONIO	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
	Immobilizzazioni immateriali	823,00	95.711,00	84.320,00
	Immobilizzazioni materiali	668.503,00	687.410,00	672.279,00
	Immobilizzazioni finanziarie	802,00	802,00	802,00
	Totale	670.128,00	783.923,00	757.401,00
Q	FINANZIATORI	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
	Mutuo ipotecario	169.516,00	156.368,00	142.398,00
	Finanziamento CM Valchiavenna	19.364,00	19.364,00	-
	Finanziamento Banca Credito Valtellinese	1.723,00	-	-
	Finanziamento FRIM Cooperazione	-	-	75.000,00
	Fondo TFR	271.544,00	256.048,00	280.143,00
	Altro			
	Totale	462.147,00	431.780,00	497.541,00

Sezione 7 – PROSPETTIVE FUTURE

Per il 2013 si erano riproposti alcuni obiettivi non raggiunti nel 2012, in particolare:

- 1) Percorso formativo per attuali/futuri membri del CdA che dovrà essere rinnovato nel 2014
- 2) Professionalizzazione della dirigenza e dei coordinatori per acquisire maggiori competenze strategiche e manageriali
- 3) Equilibrio economico obiettivo irrinunciabile per l'esercizio 2013.
- 4) Ampliamento base sociale e formazione soci
- 5) Sperimentazione CA socio assistenziale

Nel corso dell'anno questi obiettivi sono stati "congelati" per motivi diversi

1-2 Rispetto alla professionalizzazione della Dirigenza e dello staff, si è soprasseduto per mancanza di risorse da destinare alla formazione.

3. Rispetto all'obiettivo di raggiungere il pareggio, una serie di concause hanno impedito il raggiungimento dell'obiettivo generale, anche se in singoli settori si sono ottenuti dei miglioramenti (ex. Centro Polifunzionale)

4. Il clima che si è venuto a creare per le difficoltà economiche presenti, ha fatto accantonare l'idea di ampliare la base sociale, in quanto l'ingaggio non appariva realistico, così come qualsiasi azione verso i soci.

5. Quanto alla sperimentazione della CA, si è preferito prima concludere la sperimentazione post acuti, per valutare le "mosse" più opportune nei confronti della Regione.

Come si può vedere nessuno degli obiettivi previsti, per diverse ragioni, è stato raggiunto. Questo ha sollevato una domanda circa la reale centratura degli obiettivi, ma anche circa la capacità della Cooperativa di affrontare le difficili sfide del momento.

Per questo verso fine anno il CdA ha deciso di esplorare altre strade, ricercando sul territorio e al di fuori, nuove forme di partnership.

Tale percorso, scartate alcune delle proposte che inizialmente apparivano di qualche interesse, ma che si sono rivelate impraticabili, si è concentrato nella ricerca di alleanze all'interno del mondo Cooperativo.

Dall'inizio del 2014 si è avviato un tavolo di studio della fattibilità di forme di aggregazione con alcune cooperative della provincia, percorso tuttora in corso, con l'obiettivo di superare le fragilità interne, sia di risorse umane che economiche e di dar vita ad un nuovo progetto cooperativo in grado di affrontare le sfide del mercato e delle nuove politiche di welfare.

Al nuovo CdA si chiede di governare questo cambiamento e di "traghettare" la Cooperativa fuori da questa crisi che sta erodendo energie e risorse.

7.2 OBIETTIVI STRATEGICI

Il CdA uscente, propone all'Assemblea alcuni obiettivi cruciali, ispirati alla vision e alla mission dichiarati, il nuovo CdA, in tempi stretti, si darà autonomamente degli obiettivi specifici per il 2014. Per realizzare la nostra visione e la nostra missione diventa strategico:

Consolidare e sviluppare i servizi esistenti, sia dal punto di vista organizzativo che economico.

- ▶ Rivedere l'organizzazione di ogni servizio valutandone l'efficienza e l'efficacia, procedendo, ove necessario alla necessaria riorganizzazione
- ▶ Innovare i servizi dal punto di vista metodologico, tecnologico e di immagine
- ▶ Avviare una campagna di fundraising

Ampliare l'offerta di servizi e iniziative a favore di fasce di popolazione anziana attualmente non seguite

- ▶ Esplorare nuove aree di bisogno, attraverso un piano di marketing
- ▶ Individuare le aree strategiche su cui avviare sperimentazioni
- ▶ Elaborare un business plan

Avviare una campagna intensiva di marketing e pubblicizzazione

- ▶ Affidare a un professionista l'area marketing e comunicazione
- ▶ Definire obiettivi e strategie

Ridefinire i ruoli del CdA e della Dirigenza

- ▶ Definire i ruoli dei componenti del CdA e le deleghe e responsabilità operative
- ▶ Liberare la Direzione dai compiti operativi e di servizio per poter esplicitare a pieno la propria funzione strategica.

7.3 CONCLUSIONI

Non è facile trarre le conclusioni di un anno complesso, che ha visto molte soddisfazioni sul versante dei servizi e dell'apprezzamento dell'utenza, ma che continua a restare critico sul versante della sostenibilità economica.

Non è facile trovare la motivazione per continuare a sperare che le cose prima o poi si assesteranno.

Occorrerà analizzare la nostra organizzazione, capire quali sono gli aspetti positivi e le cose che possiamo sacrificare... Chiederci che cosa ci tiene svegli la notte? Dobbiamo capire quali sono le cose veramente importanti, su cosa la Cooperativa può veramente fare la differenza, avere maggiore impatto. Immaginatoci la Cooperativa fra cinque anni.. dove saremo? cosa faremo di grande e di bello? E cominciare ad agire, perché più si aspetta a tradurre in pratica una nuova idea o strategia, meno entusiasmo si avrà nei suoi confronti.

Ci aspettano sfide epocali, ma

“Non è perché le cose sono difficili che non osiamo, è perché non osiamo che sono difficili”

Sappiamo però di avere un grande vantaggio: la nostra Cooperativa da quasi trent'anni opera non solo per realizzare servizi, ma per concretizzare sogni.

Il lavoro di ognuno di voi, di ognuno di noi, direttamente o indirettamente tocca la vita degli altri.

Ogni volta che il nostro pensiero è rivolto al benessere della persona e ricerca una soluzione per rendere migliore quel momento, per attuare un piccolo progresso, per alleviare una sofferenza o regalare un attimo di serenità, allora sappiamo che il nostro lavoro fa davvero la differenza per quella persona, facendola sentire speciale e rendendo la vita degna di essere ancora vissuta.

Ogni volta che ci chiediamo “come posso essere utile?” “cosa posso migliorare nel mio lavoro?” sappiamo che anche il nostro piccolo o grande contributo arricchisce la vita di qualcuno e aumenta le possibilità di successo della Cooperativa.

Ora possiamo scegliere di abbandonare il gioco o di giocare una nuova partita, ma una cosa dobbiamo sapere, che se manca anche solo uno di noi, manca un tassello importante di questa storia che stiamo scrivendo “*sperando e temendo*”. E non dimentichiamo che

“Il calabrone ha un peso tale che in rapporto alla dimensione delle sue piccole ali, secondo le leggi della fisica, non potrebbe volare...ma il calabrone non lo sa, e vola lo stesso!”

