

# Bilancio Sociale 2010

**L'Arca Società  
Cooperativa  
Sociale**

## **INDICE**

### **INTRODUZIONE AL BILANCIO SOCIALE**

**pag.03**

Lettera ai portatori di interesse  
Note metodologiche

### **1.L'IDENTITÀ E L'ORGANIZZAZIONE**

**pag.05**

Profilo della cooperativa  
Il Codice Etico  
I valori : le cose a cui diamo importanza  
La missione  
Governance societaria  
Governance organizzativa  
I soci  
Il lavoro  
Organizzazione interna  
La formazione  
Analisi del clima

### **2.I servizi e le attività**

**pag.26**

Territorio di riferimento  
Oggetto dell'attività  
L'utenza  
L'andamento generale  
Centro Polifunzionale  
Servizi domiciliari  
Altri servizi e iniziative

### **3.Risorse della rete**

**pag.55**

Mappa degli Stakeholders  
I committenti  
L'Ufficio di Piano  
Partecipazione al sistema cooperativo  
Le altre collaborazioni

### **4.Relazione economica**

**pag.58**

Rendicontazione economica  
I donatori e contributi a fondo perduto

### **5.Prospettive future**

**pag.62**

Considerazioni sui servizi e prospettive future  
Obiettivi strategici per il 2011

# **INTRODUZIONE AL BILANCIO SOCIALE**

## **Lettera ai portatori di interesse**

Il Bilancio Sociale è un documento con il quale una associazione o impresa o organizzazione informa periodicamente la società civile in cui è inserita sulla propria operatività. Ma non solo. E' un documento che nelle sue premesse deve periodicamente ripresentare e ridiscutere una analisi del territorio a cui si rivolge. Ed essendo sempre e rapidamente mutevoli gli aspetti e le necessità della società, della sua popolazione, del contesto economico di riferimento, altrettanto mutevole deve essere la capacità di affrontare e rispondere ai bisogni emergenti, con nuove capacità di risposte.

E allora questo è il nostro modo di informare periodicamente Enti Pubblici, utenti di oggi e forse di domani, soci e lavoratori della Cooperativa, semplici cittadini, su cosa si vorrebbe fare e cosa si fa, sul come e il perché del nostro lavoro.

La nostra scelta è stata quella di non farlo diventare un semplice documento da ripresentare routinariamente, ma di farne una sorta di biglietto da visita della nostra Cooperativa e contemporaneamente un momento di discussione interna sulla nostra adeguatezza al livello degli impegni da fronteggiare.

Questo è il "Nostro" Bilancio Sociale. Con l'orgoglio di chi spera di aver saputo fare qualcosa e con l'umiltà di chi è consapevole che molto bisognerà continuare a saper fare, inventare e migliorare, ve lo presentiamo.

Il Presidente  
(Dr. Alfredo Ravasio)

## **Note metodologiche**

### **Raccolta dati**

I dati sono stati raccolti attraverso un lavoro collettivo svolto dal Direttore e dai Responsabili di servizio. Per la raccolta dati relativi alla gestione degli interventi sul territorio, sono stati coinvolti i coordinatori territoriali.

### **Elaborazione**

E' stato costituito un gruppo di lavoro che ha il compito di curare i contenuti e, una volta raccolti i dati, di valutare i risultati emersi.

Il gruppo di lavoro è composto da:

- direttore
- responsabile amministrativo
- responsabile centro polifunzionale
- coordinatori di servizio

Il documento assemblato dal Direttore, successivamente è stato presentato al Consiglio di Amministrazione e quindi all'Assemblea per l'approvazione.

### **Struttura**

Il documento è suddiviso in 5 capitoli ognuno dei quali dedicato agli aspetti ritenuti fondanti e fondamentali per la mission e le attività della cooperativa:

- l'identità sociale e l'organizzazione e le modalità di governo, il lavoro dei soci e dei dipendenti, la partecipazione alla vita della cooperativa
- i servizi e le attività svolte
- le risorse della rete
- la relazione economica
- gli obiettivi

### **Stesura**

Il BS è stato redatto seguendo l'impostazione degli anni precedenti. I dati sono stati riportati in tabelle e grafici in modo da rendere quanto più fruibile possibile il loro contenuto. E sono accompagnati da descrizioni ritenute necessarie per la comprensione delle attività svolte dalla cooperativa.

### **Modalità di comunicazione**

Il Bilancio sociale 2010 viene stampato e diffuso tra i portatori di interesse e pubblicato sul sito della Cooperativa.

### **Riferimenti normativi**

Il presente bilancio sociale è stato redatto ispirandosi liberamente sia ai principi elaborati dal Gruppo di Studio per il Bilancio Sociale del 2010 sia agli Standard Internazionali del GRI(Global Reporting Initiative).

Dal punto di vista normativo i riferimenti sono:

- Decreto attuativo del Ministero della Solidarietà Sociale del 24/01/08 contenente le Linee Guida per la redazione del bilancio sociale da parte delle organizzazioni che esercitano l'impresa sociale;
- Delibera della Giunta Regionale della Lombardia n°5536/2007

### **Approvazione**

Il presente bilancio sociale è stato presentato e condiviso nell'assemblea dei soci del 19/05/2011 che ne ha deliberato l'approvazione.

# L'IDENTITÀ E L'ORGANIZZAZIONE

## Profilo della Cooperativa

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

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

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

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

## Il Codice Etico

Nel 2009 è stato adottato il Codice Etico, uno dei principali strumenti per l'attuazione di politiche di responsabilità sociale della Cooperativa, che orienta la condotta etica delle azioni quotidiane di tutti i collaboratori ed esplicita i valori di riferimento fondamentali intorno ai quali l'organizzazione declina la propria politica comportamentale, favorendo uno sviluppo economico responsabile.

Il Codice etico orienta le politiche del lavoro della Cooperativa secondo alcune linee guida:

- Applicazione del CCNL delle Cooperative Sociali e osserva tutte le norme in materia di lavoro.
- Sicurezza del lavoro
- Tutela del lavoro femminile, in particolare della maternità e sostegno delle responsabilità familiari.
- Prevalenza dei rapporti di lavoro a tempo indeterminato rispetto al lavoro temporaneo.
- Aggiornamento continuo del personale sia rispetto alla formazione professionale che rispetto alla sicurezza.
- Progettazione e gestione di servizi che garantiscano continuità di gestione e di occupazione.

La Cooperativa riconosce nell'ambiente una delle variabili del suo processo di produzione e pertanto il rispetto dello stesso diventa una priorità aziendale. Pertanto la Cooperativa promuove il rispetto di tutte le normative vigenti in tema di ambiente ed inquinamento e pone scrupolosa attenzione ad ogni condotta, anche minima, che offenda il senso comune dell'educazione ambientale.

## I valori

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

Si qualifica non come impresa che gestisce servizi, ma come soggetto compartecipe e corresponsabile di un disegno di giustizia e libertà, uguaglianza di tutti i cittadini rispetto ai quali la Cooperativa mette a disposizione la propria capacità operativa e gestionale.

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

- logica di condivisione dei bisogni e di promozione dell'autonomia e dell'integrazione sociale delle persone cui sono rivolti gli interventi
- orientamento al cliente
- territorialità e integrazione con enti e soggetti del territorio
- piccola dimensione a garanzia della democraticità e della partecipazione reale dei soci alle scelte decisionali e alla gestione della cooperativa
- specializzazione di area
- qualificazione del personale
- attenzione, promozione e sviluppo delle risorse umane
- qualità degli interventi e innovazione nell'offerta di servizi
- collaborazione e lavoro in rete con le altre cooperative e il consorzio

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

## **La Mission**

Finalità istituzionale della cooperazione sociale è quella di realizzare servizi sociali, sanitari ed educativi finalizzati all'integrazione sociale e al miglioramento della qualità della vita delle persone e al perseguimento dell'interesse generale della comunità alla promozione umana.

☞Garantire ai soci continuità di occupazione, le migliori condizioni economiche, sociali e professionali, percorsi formativi qualificati non solo attraverso il costante investimento rivolto alle opportunità di partecipazione, di formazione, di co-gestione,ma anche tramite una particolare attenzione al benessere di ciascuno all'interno dell'organizzazione, curando gli aspetti relazionali e privilegiando la costituzione di un clima di lavoro improntato alla condivisione.

☞Garantire le risposte che soddisfino i bisogni assistenziali, sanitari e relazionali delle persone seguite, in gran parte anziane, attraverso la personalizzazione degli interventi e il miglioramento della qualità dei servizi, la partecipazione dei beneficiari, a favore delle quali l'Arca ha sviluppato esperienza, competenze e orientamenti.

☞Fondare l'agire cooperativo sulla partecipazione e sulla responsabilità imprenditoriale dei soci

☞Realizzare una gestione economica e finanziaria capace di garantire lo sviluppo della cooperativa

## Governance societaria

### Assemblea dei Soci

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 d'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 2010 le Assemblee sono state n°2.

data	OdG
18.05.2010	1.Approvazione Bilancio d'esercizio al 31.12.2009 e Nota Integrativa 2.Approvazione del Bilancio Sociale consuntivo 2009-Preventivo 2010
16.12.2010	1.Opportunità di finanziamento per lo sviluppo dei progetti della Cooperativa e investimento per i soci ( Fondo Jeremie FSE ) e FRIM, con la partecipazione del Dr. Negrini Flaminio di Confcooperative Sondrio e del Presidente della Cooperativa Nisida. 2.Approvazione progetto nuovo CDI. 3.Valutazione andamento servizi.

### Consiglio di Amministrazione (CdA)

E' composto da 5 membri, nominati dall'Assemblea dei Soci:

Nome e cognome	Carica	Settore di provenienza	Ruolo
Ravasio Alfredo	Presidente	Centro polifunzionale	Direttore Sanitario
Gadola Germana	Vice presidente	Centro polifunzionale	Coordinatore operatori socio assistenziali
Del Re Elena	Consigliere	Direzione	Direttore Generale
Furic Fijorela	Consigliere	Centro polifunzionale	Educatore
Longoni Virgilio	Consigliere	Esterno	Rappresentante familiari ospiti CPF

L'attuale CdA, nominato nel 2008 resterà in carica fino all'assemblea di bilancio del 2011. 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 2010 si è riunito 5 volte e la partecipazione media è stata del 95% .

### Presidente

#### RAVASIO ALFREDO

Ha la responsabilità della Cooperativa, risponde delle azioni dello stesso in sede civile e penale, nella misura prevista dalla legislazione vigente. È eletto dal Consiglio d'Amministrazione quando non eletto direttamente dall'Assemblea.

### Organi di controllo

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

--	--	--

## **Governance organizzativa**

### **Direttore Generale**

#### **DEL RE ELENA**

Il Direttore conduce e porta a sintesi le decisioni del CdA e le attività attribuite alla Direzione.

Mantiene un raccordo costante con il Presidente.

Il DG partecipa stabilmente ai lavori del CdA concorrendo alla predisposizione dell'apparato informativo e delle istruttorie utili ad assicurare l'assunzione delle decisioni.

Dirige e coordina il funzionamento degli uffici e dei servizi della cooperativa e tutte le sue attività economiche e sociali ordinarie, definendone l'organizzazione sulla scorta delle decisioni, dei programmi e degli obiettivi delineati dal Consiglio di Amministrazione e raccordandosi sistematicamente con lo stesso Consiglio per la concretizzazione dell'attività della Cooperativa.

E' responsabile per l'approvazione di programmi di miglioramento della qualità dei servizi socio assistenziali

Risponde al C.d.A. e all'Assemblea dei Soci del suo operato, fornendo i resoconti del programma annuale svolto e proponendo al C.d.A. gli obiettivi operativi di quello futuro.

Nello specifico è responsabile di:

- gestione e sviluppo (gestione cooperativa-controllo gestione-reperimento fondi e nuovi progetti)
- gestione delle risorse umane (reclutamento- valutazione e gestione- formazione)
- rapporti esterni (contratti e appalti - rapporti con il sistema cooperativo e il terzo settore)

#### **GESTIONE E SVILUPPO**

Rispetto al controllo di gestione, nel 2010 la Direzione ha monitorato periodicamente il bilancio, in collaborazione con il servizio amministrativo e Unione Cooperative, fornendo i dati al CdA (verifica semestrale e poi bimestrale e mensile, quindi bilancio annuale).

Ha inoltre redatto il Bilancio Sociale 2009, compresa la cura della grafica e della stampa.

Rispetto al reperimento fondi, nel 2010 ha presentato progetti su bandi:

- c/o Fondazione Tirelli (7.000,00 €)
- c/o ASL (20.000,00 €.)
- c/o Pro Valtellina - Beni emblematici minori non accolto
- c/o Enel cuore, non accolto
- c/o Fondi UNRRA non accolto
- c/o Imprese della Valchiavenna ( 1.000,00 €)
- 5 x mille campagna informativa
- c/o CESVIP per formazione
- c/o IRECOOP

Nuovi Progetti:

- Ferma il Tempo (CDI)
- Generazioni (ADI)
- Nuovo CDI specializzato nel trattamento delle demenze (Progetto- Rapporti con AO - Comodato)

Ha mantenuto un monitoraggio costante su attività e servizi per quanto riguarda la gestione ordinaria Cooperativa (supervisione servizi e responsabili- gestione reclami e problemi - telefonia- dichiarazioni x IRPEF, ecc.)

#### **GESTIONE RISORSE UMANE**

Il Direttore ha effettuato costantemente:raccolta curricula, colloqui di selezione, avviamento al lavoro (13 nuovi operatori), valutazione del periodo di prova e in generale monitoraggio del personale. Ha attivato o i professionisti che via via si rendevano necessari per la gestione dei casi.



Rispetto alla formazione ha redatto il Piano della Formazione, ne ha monitorato lo svolgimento (registrazione, raccolta attestati, aggiornamento fascicolo personale valutazione). Ha attivato n° 4 corsi aziendali (supervisione, anziano fragile, presa in carico pazienti psichiatrici, alimentazione; uno interaziendale (Coordinamento) e il Convegno per i 25 anni della Cooperativa, di cui ha curato tutta l'organizzazione. Ha inoltre curato la diffusione dei programmi dei corsi esterni, curando i rapporti con le agenzie esterne e l'iscrizione degli operatori.

Rispetto alla soddisfazione del personale ha condotto una rilevazione sul gruppo di operatori del SAD e del CPF.

#### **RAPPORTI ESTERNI**

Il Direttore ha mantenuto rapporti costanti con Ufficio di Piano, ASL per tutto quel che riguarda gli accreditamenti (incontri, contratti, obiettivi, rendicontazioni, visite ispettive, carte del servizio e procedure).

Ha avviato rapporti con direzione Strategica AO per comodato nuovo CDI.

Ha mantenuto costanti rapporti con Confcooperative, consorzio e altre cooperative sociali.

Ha mantenuto rapporti con Associazione Siro Mauro per cure palliative.

Ha incontrato delegazioni esterne e ha coordinato visite ad enti e servizi esterni.

Ha distribuito ad enti e imprese il Bilancio Sociale e la brochure della Cooperativa

Il Direttore è inoltre responsabile del settore domiciliare (SAD-ADI-CP).

In qualità di Assistente Sociale collabora con il CPF per quanto riguarda l'ammissione dei nuovi ospiti, il supporto al Responsabile del CPF nei colloqui con i familiari e la consulenza sociale.

### **Coordinamento servizi**

Comprende tutti i responsabili e Coordinatori dei servizi, che si occupano della programmazione, monitoraggio e coordinamento delle attività dei rispettivi settori.

### **Responsabile amministrativo**

#### **CROTTOGINI SONIA**

E' responsabile della segreteria, protocollo.

Cura le assunzioni e tutti gli adempimenti riguardanti il rapporto di lavoro.

Cura il rapporto ordinario con le banche.

Cura la contabilità di base che invia a Confcooperative per la gestione degli stipendi, le fatture e la contabilità.

Dal 2010 è responsabile dei fornitori e degli acquisti.

E' coadiuvato da un amministrativo a part time.

### **Responsabile CPF**

#### **ANNA FIOR**

E' responsabile della gestione del CPF in termine di raggiungimento degli obiettivi (qualità, tempi e costi), nonché per la soddisfazione dei requisiti contrattuali e per la soddisfazione degli Utenti.

Il Responsabile pianifica l'attività annuale del settore e verifica l'attività svolta.

Cura i rapporti con l'utenza e con le famiglie degli utenti (colloqui, discussione su PAI e verifiche, customer satisfaction, casse ecc.). E' responsabile dell'accoglienza.

Egli cura la documentazione relativa agli ospiti e relativa, in conformità con le disposizioni delle procedure e del patto di accreditamento.

Prepara la riunione d'équipe e ne verbalizza le decisioni; pianifica i PAI e le relative verifiche.

E' referente rispetto a qualsiasi decisione o informazione inerente l'utenza.

Si raccorda con il Direttore Sanitario per integrare le attività assistenziali e sanitarie.

E' responsabile direttamente dell'attività dei servizi sanitari e generali.

E' responsabile delle procedure di autocontrollo (HACCP) e della manutenzione del CPF.

Collabora con il servizio amministrativo fornendo i dati per l'elaborazione delle fatture.

E' coadiuvato da un coordinatore.

## **Coordinatore**

### **GADOLA GERMANA**

Collabora con Responsabile del Centro nelle diverse attività, in particolare organizza il settore socio assistenziale e coordina tutto il personale

E' la persona a cui gli Operatori fanno riferimento durante l'espletamento della loro attività, raccoglie le esigenze degli operatori e gli eventuali problemi e proposte relativi alla realizzazione del servizio;

Presidia che gli interventi degli Operatori sugli Utenti siano conformi alle decisioni prese durante le riunioni e congruenti con i singoli progetti di intervento;

Organizza i turni dei vari operatori e pianifica le ferie e organizza le eventuali sostituzioni; tiene aggiornato il quadro turni

Effettua il controllo degli orari mensili ed e trasmette i dati al Settore Amministrazione per l'elaborazione degli stipendi.

Organizza riunioni periodiche per il gruppo degli Operatori dell'Unità Operativa, ne verifica le presenze e registra, con verbale scritto, gli interventi e le decisioni.

Cura che vengano rispettati i tempi per la stesura e riconsegna delle schede di osservazione ed è responsabile della stesura ed esecuzione dei PAI

## **Responsabile dei servizi territoriali**

### **DEL RE ELENA**

E' responsabile del Servizio di Assistenza Domiciliare pubblico e privato e voucher sociali (servizi certificati), dell'ADI e ADI Cure Palliative e di tutte le nuove iniziative attivate a livello territoriale.

Cura i rapporti con gli Enti Committenti relativamente all'oggetto delle convenzioni e contratti, la verifica dei servizi commissionati.

E' responsabile per la gestione dei servizi territoriali in merito al raggiungimento degli obiettivi dei diversi servizi del suo settore, ne definisce gli orientamenti.

Pianifica l'attività annuale del settore, gestisce il budget assegnato, verifica l'attività svolta ;

Cura la rendicontazione del servizio ADI.

Cura la presa in carico dei casi dell'ADI e cure palliative.

Organizza il Soggiorno Marino Anziani.

E' coadiuvato da due coordinatori.

## **Coordinatore SAD**

### **VANONI GIUSEPPINA**

Collabora con il Responsabile dei Servizi Territoriali alla pianificazione dell'attività annuale del settore e alla verifica dell'attività svolta.

Organizza e controlla il personale e tutte le attività svolte nella propria unità operativa.

Cura la pianificazione, la redazione lo svolgimento dei progetti socio assistenziali e riabilitativi.

Sostiene la motivazione del personale e supporta gli operatori nella realizzazione degli obiettivi assegnati.

Cura l'aggiornamento delle cartelle degli utenti e l'archiviazione dei documenti del servizio, nonché le procedure e la documentazione inerenti l'ammissione/dimissione degli utenti dal servizio.

Gestisce le emergenze del servizio.

Coordina e controlla le azioni degli Operatori per lo svolgimento delle attività;

Tiene i contatti con i Referenti del Committente (AA.SS del SAD) e con gli Operatori degli altri servizi che collaborano alla gestione del SAD.

Tiene i rapporti con gli utenti e le loro famiglie.

Organizza le riunioni, ne verifica le presenze e registra, con verbale scritto, gli interventi e le decisioni, gestisce il gruppo di lavoro.

Effettua il controllo degli orari mensili e li trasmette mensilmente al Settore Amministrazione per l'elaborazione degli stipendi e delle fatture.

Propone al Responsabile dei Servizi Territoriali l'acquisto di materiali e attrezzature per il proprio servizio e gli segnala le necessità formative.

**Coordinatore ADI  
SILVANI LARA**

Collabora con il Responsabile dei Servizi Territoriali alla pianificazione dell'attività annuale del settore e alla verifica dell'attività svolta.

E' responsabile della presa in carico dei nuovi utenti; prepara la cartella Domiciliare e i documenti di servizio da consegnare all'operatore e programma un incontro per la formulazione del PAI.

Identifica l'Operatore Domiciliare candidato alla presa in carico dell'Assistito sulla base di criteri specifici di efficacia (operatore più adatto per capacità tecniche specifiche acquisite) e di efficienza (disponibilità dell'operatore, necessità -di tipo clinico- di effettuazione degli accessi in particolari giorni ed orari, ottimizzazione dei carichi di lavoro e degli spostamenti,...).

Nel caso di voucher socio sanitario, che prevede l'accesso anche dell'ASA il Coordinatore ADI concorda con il Responsabile l'invio dell'ASA/OSS.

Programma e concorda con gli operatori l'agenda degli accessi previsti, aggiornando conseguentemente il calendario settimanale delle sue attività.

Effettua il "passaggio di consegne", fornendo all'operatore tutti gli elementi necessari alla corretta e completa gestione degli accessi domiciliari necessari e previsti.

Sostiene la motivazione del personale e supporta gli operatori nella realizzazione degli obiettivi assegnati.

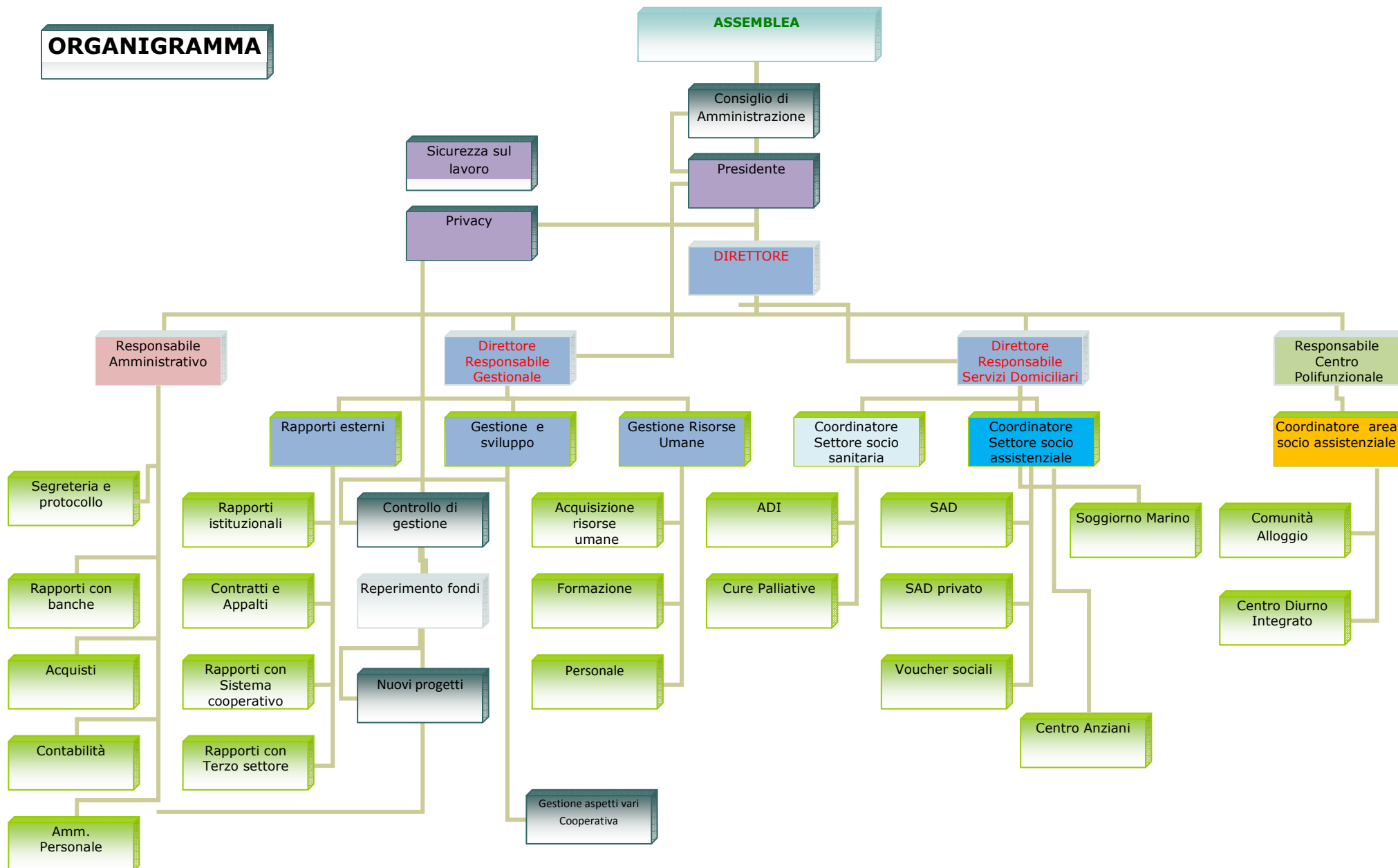
Tiene i rapporti con la CVD dell'ASL.

Cura l'aggiornamento delle cartelle degli utenti e l'archiviazione dei documenti del servizio, nonché le procedure e la documentazione inerenti l'ammissione/dimissione degli utenti dal servizio.

Cura l'inserimento dei dati e la gestione del programma ADIWEB..

Propone al Responsabile dei Servizi Territoriali l'acquisto di materiali e attrezzature per il proprio servizio e gli segnala le necessità formative.

# ORGANIGRAMMA



## I soci

### Base sociale

Al 31.12.2010 i soci erano n°35, 1 uomo e 34 donne.

Di questi i soci lavoratori erano n° 30 soci e n° 5 altri soci (ex. lavoratori rimasti nella compagine sociale).

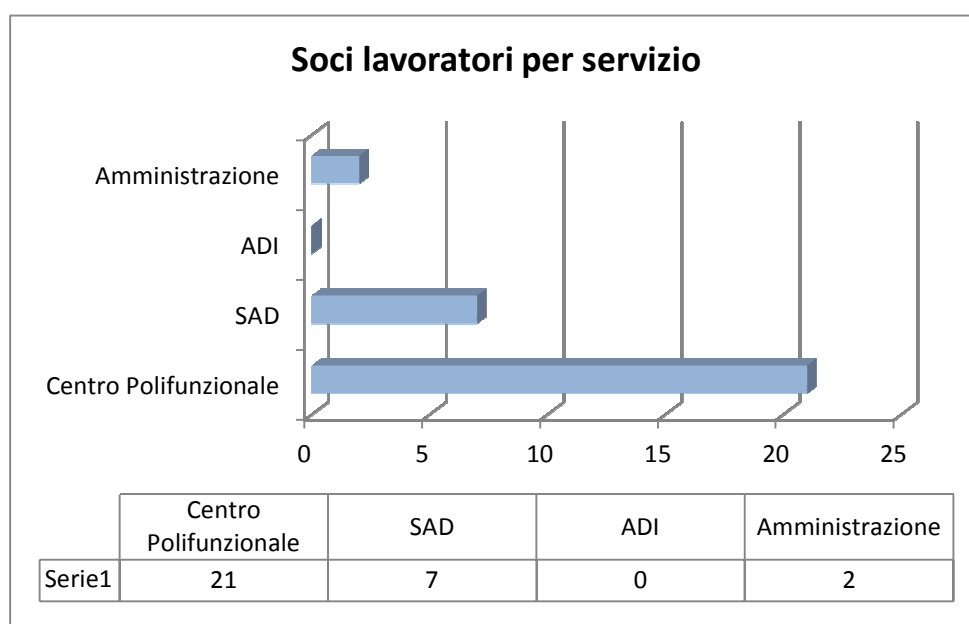
Dal 2008, anno in cui si è provveduto all'esclusione dei soci che da anni non partecipavano alla vita sociale, la base sociale si è stabilizzata.

Nella successiva tabella si illustra l'anzianità dei soci al 31.12.2010

### Soci ammessi/dimessi nel 2010

	Soci al 31/12/2009	Soci ammessi 2010	Recesso soci 2010	Decadenza esclusione soci 2010	Soci al 31/12/2010
Numero	34	3	2	0	35

### Distribuzione soci lavoratori per settore di attività al 31.12.2010



Come si vede dalla tabella e dal grafico, la maggior parte dei soci lavoratori è concentrata nel Centro Polifunzionale (70). Nell'ADI tutti gli operatori sono dipendenti o collaboratori, scelta dovuta alla necessità di personale specializzato di tipo sanitario, per il quale si è privilegiato l'aspetto professionale.

### Capitale sociale

Nel 2010 il capitale sociale ammontava a €. 31.900,00.

2005	2006	2007	2008	2009	2010
23.500	23.200	34.530	34.239	31.900	31.900

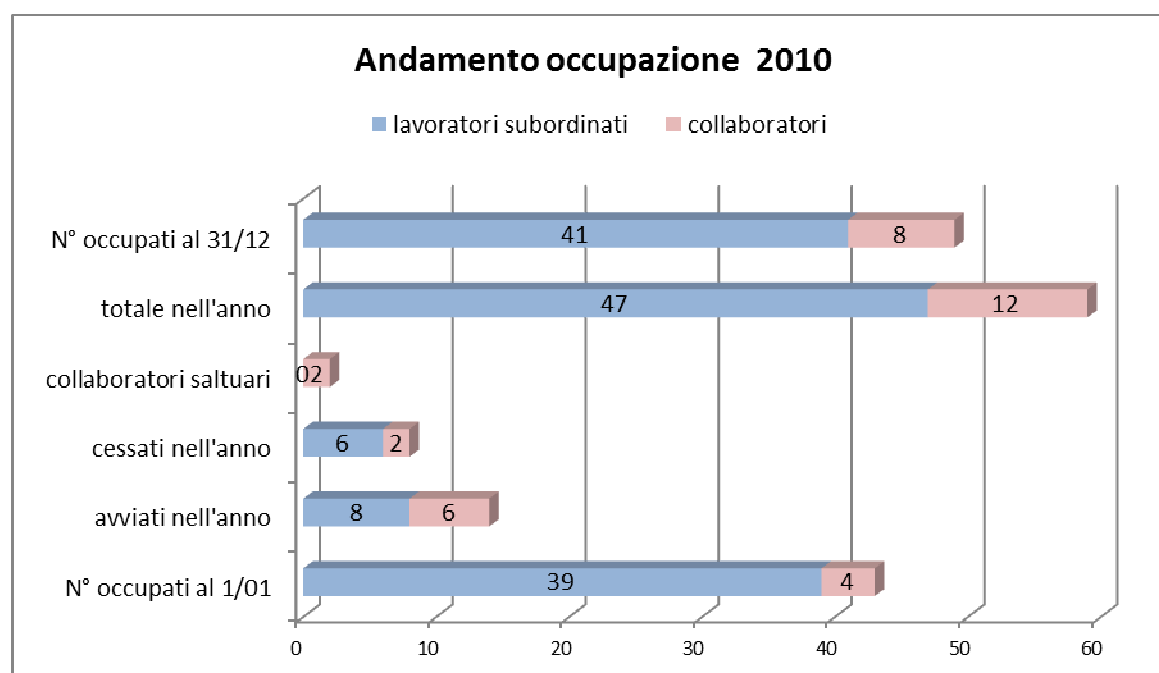
## Il lavoro

### I dati sull'occupazione

Nello svolgimento dell'attività produttiva la Cooperativa impiega principalmente soci lavoratori retribuiti, dando occupazione lavorativa ai soci alle migliori condizioni economiche, sociali e professionali consentite. A tal fine la Cooperativa stipula con i soci lavoratori contratti di lavoro in forma subordinata o autonoma o in qualsiasi altra forma, consentita dalla legislazione vigente, con cui il socio contribuisce al raggiungimento dello scopo sociale. In subordine si avvale di dipendenti, soprattutto nelle prime fasi dell'inserimento o per sostituzioni; esiste comunque una quota di lavoratori dipendenti a tempo indeterminato, in quanto la scelta di diventare soci non è obbligatoria. Ove non diversamente specificato, i dati rappresentano la situazione al 31.12.2010

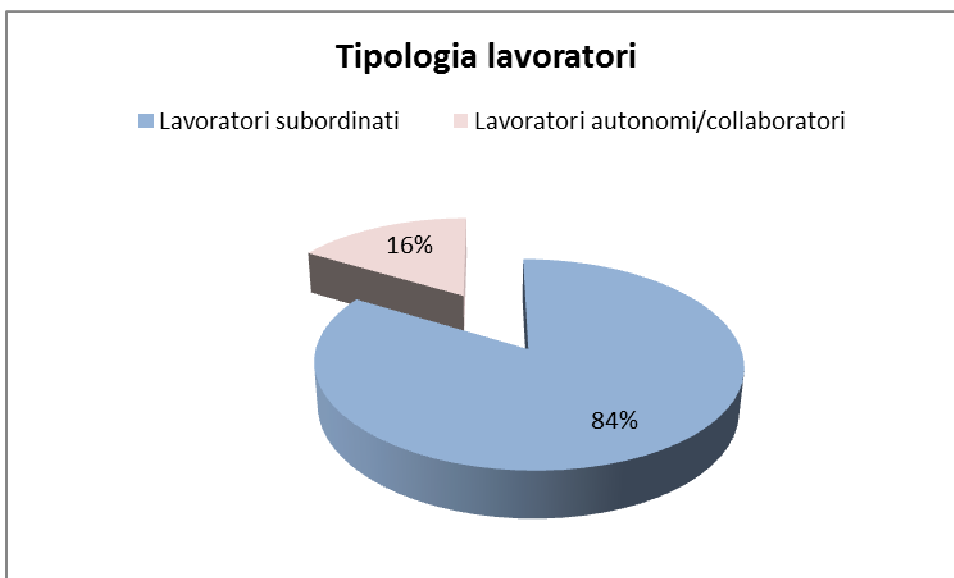
### Occupati nel 2010

	Libro paga	Collaboratori	Totale
N° occupati al 1/01	39	4	43
avviati nell'anno	8	6	14
cessati nell'anno	6	2	10
collaboratori saltuari	0	2	2
totale nell'anno	47	12	59
N° occupati al 31/12	41	8	49



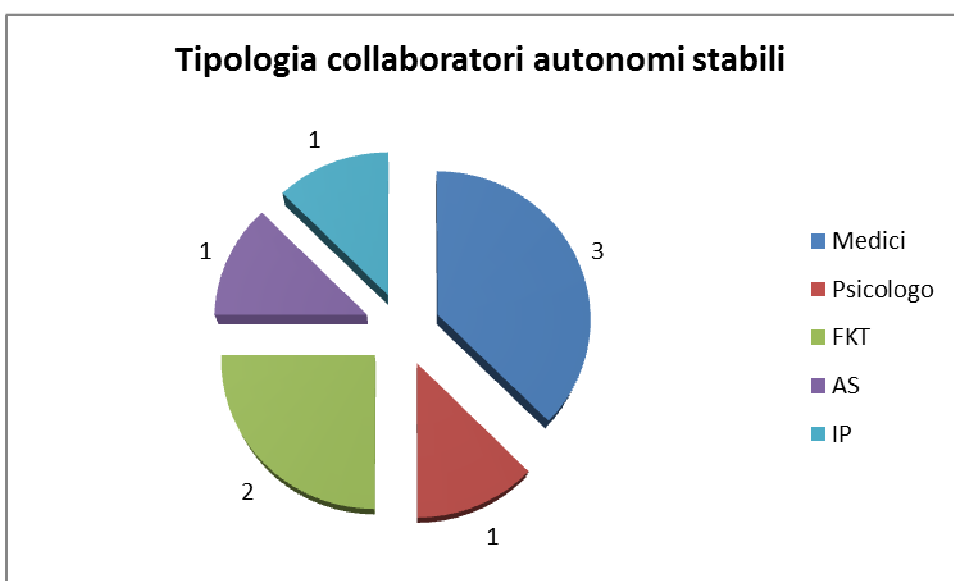
La Cooperativa si avvale prevalentemente di personale subordinato, ad eccezione dei servizi di consulenza e di alcuni operatori che, per loro scelta, preferiscono una collaborazione professionale.

Al 31.12.2010 i lavoratori subordinati erano 41 e i collaboratori autonomi stabili 8.



I collaboratori stabili in totale nel 2010 sono stati 8:

- 3 medici (Direttore-Medico ADI e Medico Cure Palliative)
- 1 psicologo (ADI-CP)
- 2 FKT (1 ADI e 1 CPF)
- 1 AS (SAD)
- 1 IP (ADI)



Nel 2010 la cooperativa si è avvalsa anche di consulenti e collaboratori occasionali:

- 1 Medico Fisiatra (consulenze a chiamata per servizio ADI)
- 1 Neuropsicologo (valutazioni neuropsicologiche per progetto "Ferma il tempo)
- 1 IP per soggiorno marino
- 1 ASA occasionale

## Turnover

Nel Centro polifunzionale:

- assunzione 1 Cuoco per sostituzione cuoca dimessasi per pensionamento
- assunzione/cessazione 1 ASA per sostituzioni ferie
- assunzione/cessazione 1 IP per sostituzioni ferie
- assunzione 1 ASA per reperibilità notturna
- avvio collaborazione con 1 FKT per CDI

Nel settore domiciliare :

- assunzione 4 ASA (di cui 2 assunte subito cessate) per potenziamento servizio
- assunzione 1 ASA con collaborazione occasionale, poi cessata
- sono state avviate collaborazioni con 3 professionisti per ADI (2 Medici-1 Psicologo)

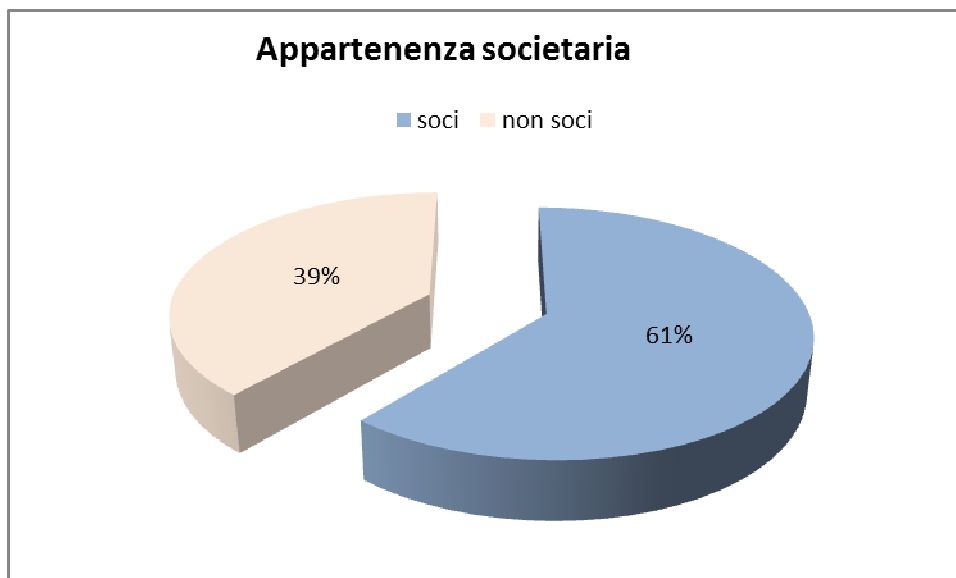
E' stata avviata una collaborazione occasionale con 1 IP per il soggiorno marino.

## Affiancamenti

La Cooperativa assicura al momento dell'inserimento del lavoratore neo assunto un periodo di affiancamento operativo sul servizio durante il quale l'operatore è in più rispetto all'organico previsto. L'affiancamento è previsto anche dopo il rientro da un periodo di assenza prolungato. Nel 2010 tutti gli operatori neo assunti sono stati affiancati ad operatori in servizio, ad eccezione dell'IP per soggiorno marino, per 141 ore.

## Appartenenza societaria

Il 61% degli occupati è socio della cooperativa (30), il 39% non lo è (19), tra questi il 12% è rappresentato da collaboratori (6).



## Occupati per sesso

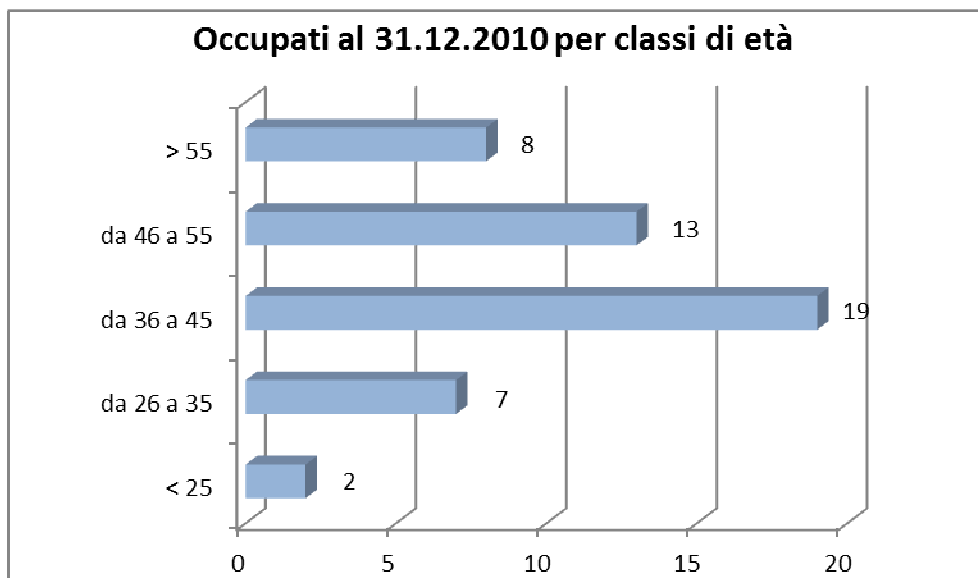
Il personale della cooperativa è nella stragrande maggioranza composto da donne, infatti gli uomini sono solo 3 (6%), un Medico, uno Psicologo e un impiegato.



## Occupati per età

L'età media dei lavoratori della cooperativa tende fisiologicamente ad alzarsi, tenendo conto che molti operatori sono in cooperativa da diversi anni, fattore di stabilità, ma anche di limitato ricambio.

L'82% ha più di 35 anni, il 43% più di 45; per contro i giovani al di sotto dei 35 anni rappresentano solo il 18%.



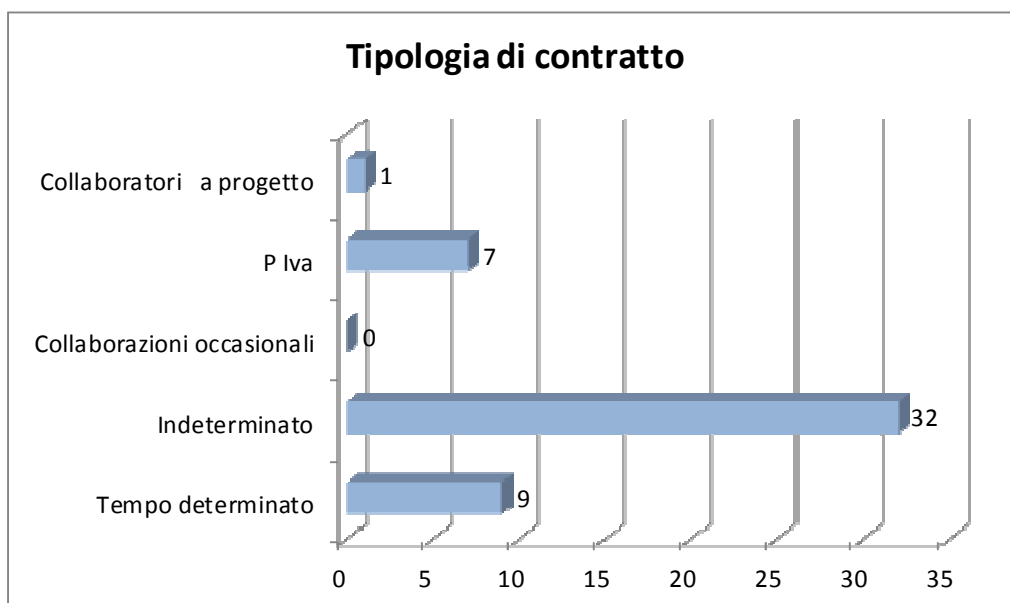
## Cittadinanza

La maggior parte degli occupati ha la cittadinanza italiana, gli stranieri rappresentano solo il 6% del totale (1 Marocco, 1 Ecuador, 1 Ucraina), anche se alcuni provengono da paesi stranieri ed hanno ottenuto la cittadinanza (1 Marocco, 1 Svizzera, 1 Croata, 1 Francese).

## Tipo di contratto

Oltre l'83 % dei lavoratori della Cooperativa (n°41) ha un contratto di tipo subordinato, 8 operatori hanno contratti professionali, per loro scelta.

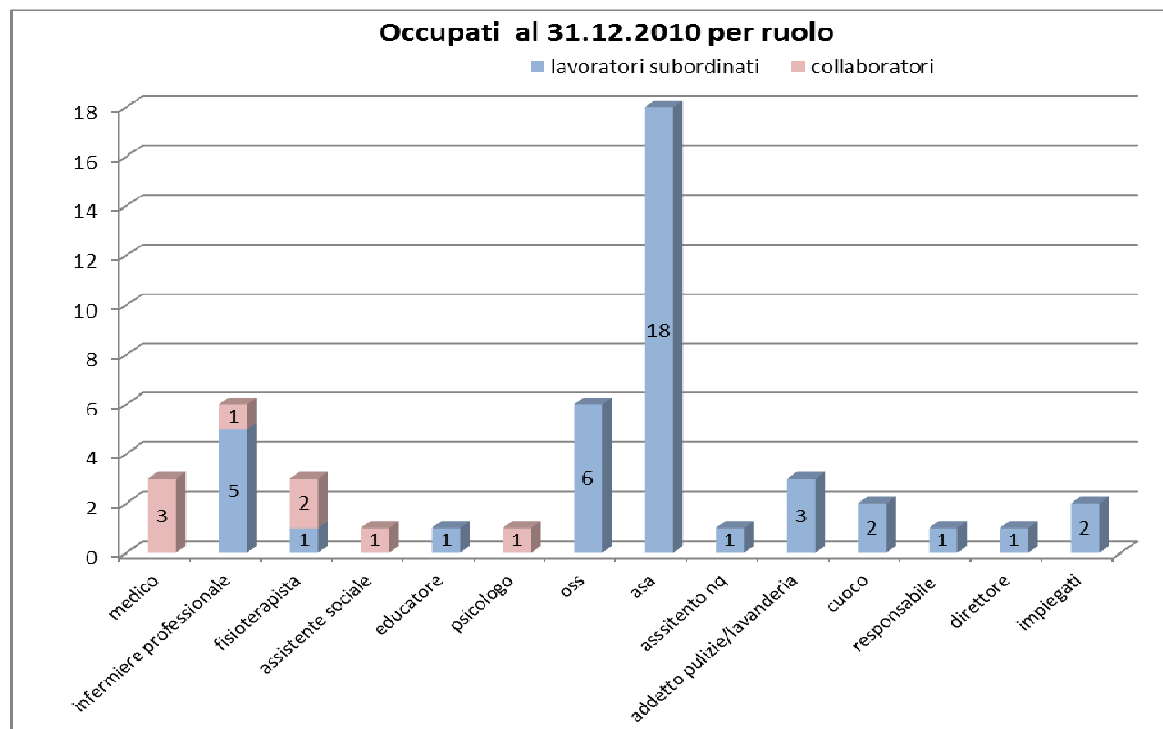
Il 78% degli occupati a libro paga, ha un contratto a tempo indeterminato, e prevalentemente a part-time (97%)



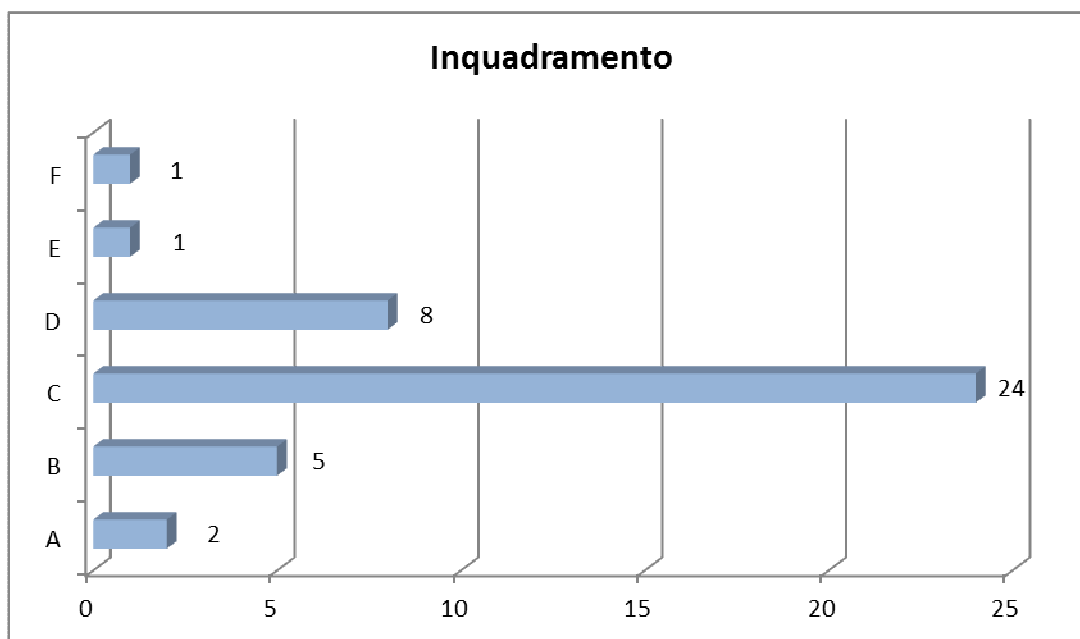
### Occupati per titolo di studio

I lavoratori della Cooperativa hanno una scolarità media, che corrisponde al tipo di mansioni svolte. I laureati sono 7, ma sono diversi gli operatori con diplomi post maturità o qualifiche che oggi sono inquadrate come lauree brevi (6 IP-2 FKT).

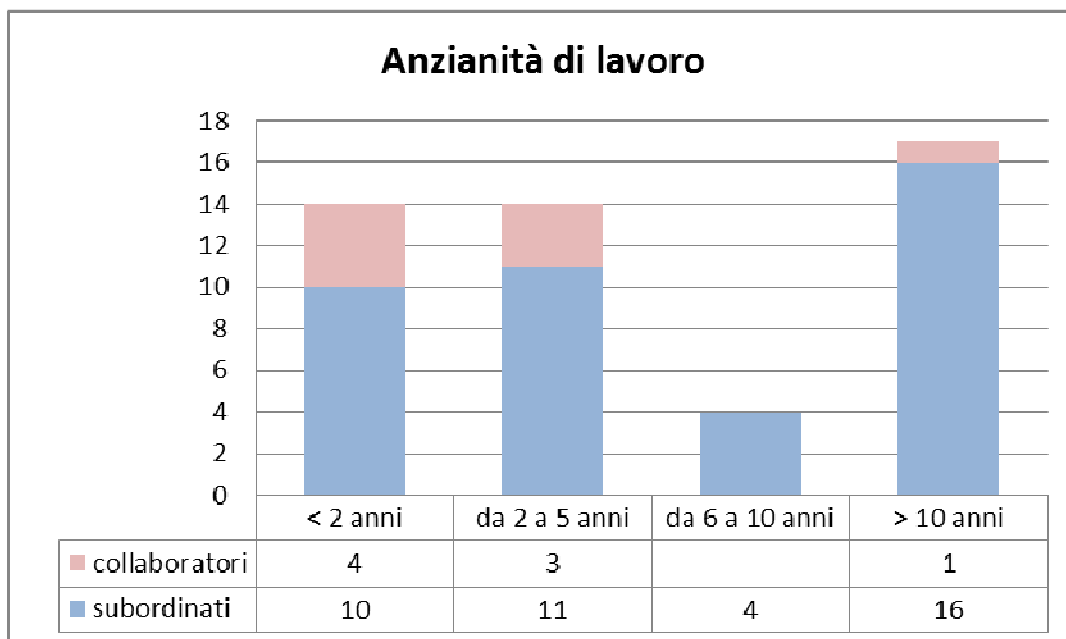
### Occupati per ruolo



### Occupati per inquadramento



## Anzianità di lavoro



## Altri aspetti di trattamento del lavoro

Nel 2010 si sono verificati 3 infortuni. Le maternità sono state n°2 ed è stata confermata 1 aspettativa per motivi di salute.

I congedi ai sensi della L.104 sono stati usufruiti da n°2 operatori, di cui uno in maniera occasionale e l'altro in maniera continuativa, per un totale di 183 ore.

Durante il 2010 i lavoratori non sono riusciti ad usufruire di tutte le ore di ferie spettanti, sia per motivi organizzativi che personali: al 31.12.2010 le ore di ferie residue da smaltire erano ancora n° 3666 ore.

## Incidenza del costo del lavoro

In generale il costo del lavoro, tra subordinati e collaboratori, pesa nella misura dell'80 % rispetto ai costi totali, ma incide in maniera diversa rispetto ai singoli servizi, a seconda delle caratteristiche e dell'incidenza dei costi di gestione, circa il 70% per il CPF e oltre l'80% per i servizi domiciliari

E' evidente che un'incidenza del costo del lavoro così elevata, riduce le aree in cui è possibile un contenimento delle uscite, anche perché i costi più consistenti sono rappresentati dai costi alimentari, sanitari e servizi amministrazione, difficilmente riducibili se non a scapito della qualità. Viceversa è sufficiente il rinnovo del CCNL a rompere l'equilibrio faticosamente conquistato.

Da considerare che sui servizi domiciliari pesa in modo rilevante il costo dei rimborsi chilometrici, che nel 2010 è stato di circa 25.000 € (pari a 100.000 km. percorsi) contro i 15.400 € del 2009. L'incremento è dovuto all'aumento dell'utenza e in mini ma parte dall'aumento da metà anno del rimborso, da 0,23/km. a 0,25 /km.

## **Organizzazione interna**

In ogni servizio, CPF, SAD, ADI esistono diversi livelli di partecipazione alla vita dell'organizzazione.

### **Centro Polifunzionale**

Nel CPF esistono due tipi di riunioni:

#### **La riunione d'equipe**

E' convocata e coordinata dalla Responsabile del CPF.

La riunione d'equipe, quindicinale, in cui vengono trattati i temi riguardanti l'utenza, le informazioni, le problematiche, i PAI, le verifiche.

Nella riunione d'equipe sono presenti tutte le figure socio-sanitarie del servizio (Responsabile del servizio, Medico, IP, Coordinatore, FKT, Educatore).

La riunione viene verbalizzata e il verbale viene messo a disposizione di tutti gli operatori, così come i PAI e le verifiche.

Nel 2010 sono state realizzate due riunioni parallele, una per il CPF e una specifica per il Progetto "Ferma il tempo", in quanto la nuova iniziativa aveva necessità di trovare uno spazio di condivisione dedicato, per poter dare senso alla sperimentazione. Nel 2011, essendosi consolidata l'esperienza, si è deciso di unificare le due riunioni.

#### **La riunione di lavoro**

E' convocata e coordinata dal Coordinatore del CPF. Ha una periodicità mensile.

Vi partecipano tutti gli operatori socio-sanitari e, su invito del Coordinatore, possono intervenire gli operatori dei servizi generali, la Responsabile del CPF o la Direzione, su temi specifici.

Si tratta di una riunione organizzativa, informativa, ma vi si trattano anche tematiche relative all'utenza.

Nel 2010, come per l'anno precedente, la Coordinatrice che l'Educatrice essendo membri del CdA, hanno avuto l'opportunità di trasmettere le informazioni riguardanti le decisioni assunte nel CdA, facendo circolare le informazioni.

La riunione viene verbalizzata e il verbale viene messo a disposizione di tutti gli operatori.

## **SAD**

Anche nel SAD esistono due tipi di riunioni, più una supervisione.

#### **La riunione sui PAI**

Non si tratta di una vera e propria equipe, in quanto il PAI viene pianificato e verificato tra Coordinatore e ASA che lavora sul caso ( o più ASA quando il caso è in compresenza). Viene convocata ogni volta che si presenta la necessità. Copia dei PAI edelle verifiche vengono distribuiti agli operatori.

#### **La riunione di lavoro**

E' convocata e coordinata dal Coordinatore del SAD, vi partecipano la Responsabile del servizio e tutte le ASA.

Nel 2010 aveva una periodicità trimestrale.

Nella riunione di lavoro vengono trattati dalla Responsabile gli aspetti generali riguardanti : informazioni, formazione, decisioni assunte nel CdA e si ascoltano le proposte da portare in consiglio.

La Coordinatrice invece tratta tutti i temi organizzativi .

Non avendo una riunione d'equipe la riunione di lavoro è anche l'occasione per discutere sui casi degli utenti in carico. Per questo motivo il gruppo ha chiesto di convocare la riunione di lavoro ogni mese, decisione adottata dal 2011.

La riunione viene verbalizzata e il verbale viene distribuito a tutti gli operatori. i PAI e le verifiche.

#### **La supervisione**

Nel SAD nel 2010 è stata mantenuta una supervisione trimestrale da parte di uno Psicologo, sulle problematiche inerenti il gruppo, l'operatore o l'utenza.

## **ADI**

Nell'ADI vi è un'unica riunione, che è insieme d'equipe e organizzativa.

E' convocata dalla Responsabile ed ha una cadenza mensile. Vi partecipano il Direttore sanitario, le IP, la FKT e le ASA coinvolte nei casi trattati.

Nella riunione si trattano prevalentemente PAI e verifiche, ma anche temi legati all'organizzazione del lavoro, comunicazioni e informazioni legate agli incontri ASL, gli obiettivi del servizio, la revisione di protocolli, ecc..

La riunione viene verbalizzata e il verbale viene messo a disposizione di tutti gli operatori, come i PAI e le verifiche.

## **CP**

Anche nelle cure palliative domiciliari vi è un'unica riunione, che è insieme d'equipe e organizzativa.

E' convocata dalla Responsabile ed ha una cadenza quindicinale. Vi partecipano il Medico di cure palliative, lo Psicologo, le IP e le ASA coinvolte nei casi trattati. In alcuni casi partecipano i MMG o l'IP del reparto di Oncologia.

Nella riunione si trattano prevalentemente PAI e verifiche, ma anche temi legati all'organizzazione del lavoro, comunicazioni e informazioni legate agli incontri ASL.

La riunione viene verbalizzata e il verbale viene messo a disposizione di tutti gli operatori., come i PAI e le verifiche.

## La Formazione

La formazione per l'Arca è un obiettivo importante ed irrinunciabile. L'Arca considera molto seriamente la professionalità di ogni suo operatore. Per questo motivo i molti percorsi formativi organizzati, sono volti ad affinare le competenze specifiche di ogni figura professionale.

### Il Piano della Formazione 2010

Le principali esigenze formative rilevate riguardavano i seguenti aspetti:

- Acquisizione di nuove competenze professionali e relazionali per la gestione di interventi a favore di utenti con demenza
- Migliorare la presa in carico del paziente fragile
- Adempiere alle norme in materia di sicurezza sul lavoro e di gestione delle emergenze
- Assicurare l'aggiornamento del personale sanitario, in relazione alle specificità del servizio in cui gli operatori sono inseriti, in particolare rispetto alle figure delle IP e delle FKT.
- Approfondire i temi delle cure palliative
- Migliorare la presa in carico del paziente con problemi psichici seguiti domicilio.

Per meglio rispondere alle esigenze dei singoli servizi, ove possibile si è deciso di realizzare corsi aziendali, avvalendosi della L. 236.

Il Direttore ha presentato due progetti che sono stati approvati e finanziati, e hanno consentito l'avvio di una serie di corsi, in collaborazione con CESVIP e IRECOOP.

Nel 2010 sono stati realizzati il corso rivolto all'equipe del SAD "La presa in carico di utenti con problematiche psichiatriche" e avviato il corso "Gli alimenti: nutrizione, igiene e salute e cenni di sicurezza sul lavoro" conclusosi nel gennaio 2011. Con IRECOOP sono stati programmati altri due corsi, realizzati nel 2011, uno rivolto all'equipe SAD (Lavorare in gruppo) e uno rivolto agli operatori del CPF sul tema delle demenze.

Per quanto riguarda la sicurezza è stato seguito solo un corso per i preposti, rinviando al 2011 l'aggiornamento e la formazione dei nuovi operatori su prevenzione incendi e primo soccorso.

Per quanto riguarda l'aggiornamento dell'equipe ADI cure palliative, ci si è avvalsi delle associazioni, con cui da alcuni anni si collabora, Associazione Fabio Sassi di Airuno e Siro Mauro di Sondalo.

Sono stati realizzati anche due percorsi interni, con professionisti con cui si è avviata una collaborazione per l'ADI, in particolare con la Dott.ssa Geronimi, che ha proposto due incontri sul tema dell'anziano fragile, e la consulenza dello Psicologo Dr. Massimo Buzzetti, per la supervisione dell'equipe del SAD.

Nel CPF si è dato spazio all'aggiornamento delle figure sanitarie (IP e FKT) ed è stato avviato l'aggiornamento relativo alla movimentazione dei carichi. Due operatrici hanno concluso il percorso per Operatore Validation. Alcuni operatori hanno partecipato al corso, organizzato dal settore domiciliare sull'anziano fragile

In occasione dei festeggiamenti del 25° della Cooperativa, è stato realizzato il convegno "Chi cura gli anziani. Famiglie, assistenza privata e rete dei servizi", aperto a tutta la cittadinanza.

### Corsi effettuati nel 2010

Il Piano della Formazione dopo una prima versione approvata nel febbraio 2010, è stato rivisto nel corso dell'anno in quanto sono intervenute significative variazioni.

Il Piano della Formazione, per ragioni legate agli accreditamenti e agli appalti, è stato suddiviso in tre parti, SAD (biennale), ADI-CP e CDI. Di seguito si illustrano i corsi fruiti/realizzati nel 2010.

<i>Titolo/Argomento</i>	<i>Ente Gestore/</i>	<i>Periodo</i>	<i>Ruolo</i>	<i>Servizio</i>
<b>SICUREZZA SUL LAVORO E IGIENE ALIMENTI</b>				
Corso di aggiornamento preposti "Ruolo, compiti e responsabilità in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro"	Ecolario - Colico	15/03/2010 8 ore	1 Direttore	Direzione
Gli alimenti: nutrizione, igiene e salute e cenni di sicurezza sul lavoro.	Corso aziendale con Consolida Lecco	21/12 /2010 e 25/01/2011 8 ore	7 ASA 1 cuoca	SAD CPF
<b>AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE - ECM</b>				
Cure palliative nelle patologie non oncologiche	Associazione Fabio Sassi - Airuno	19-20/2/2010 16 ore	2IP 1FKT 1MCP	ADI-CP
Il ruolo dell'operatore OSS nella gestione dei sintomi del paziente terminale in Hospice, a domicilio, in RSA	Associazione Fabio Sassi - Airuno	27/05/2010 8 ore	2ASA	ADI-CP
La consulenza etica in cure palliative	Associazione Fabio Sassi - Airuno	05/06/2010 8 ore	1 Direttore 1IP	ADI-CP
Raccontare storie : Il metodo autobiografico nel rapporto di cura	Associazione Fabio Sassi - Airuno	23/11/2010 8 ore	1 Direttore 1ASA	ADI-CP
Comunicazione e relazione emotiva con pazienti in fase avanzata di malattia e con i loro familiari	Associazione Siro Mauro con Meta Playback Theatre	5-18-26/11 10-17-20/12 17 ore	3 IP 2 ASA	ADI-CP
L'anziano fragile	L'Arca Corso interno con medico Dott.ssa Geronimi	14/05/2010 28/05/2010 4 ore	Coordinatore 7 ASA 4 ASA	SAD SAD- ADI-CP CPF
La presa in carico di utenti con problematiche psichiatriche	Corso aziendale con CESVIP Sondrio	24/9 8-22-29/10 12-26/11 20 ore	Responsabile 7 ASA	SAD
Supervisione all'equipe SAD	L'Arca , percorso interno , con Psicologo Dr. Buzzetti	4 incontri trimestrali nel 2010	1 Coordinatore 7 ASA	SAD
Corso Validation Operatore 1° livello	Fondazione Castellini Melegnano	febbraio- dicembre 2010 90 ore	2 ASA	CPF
Movimentazione manuale dei carichi e utilizzo ausili	Corso interno L'Arca	15 dicembre- marzo 2011 6 ore (già effettuate nel 2010 2 ore)	6 ASA 2 OSS 1 OSS Coord	CPF
Fibromialgia: approccio clinico, terapeutico e riabilitativo	Edi. Artes Milano	22/10/2010 8 ore	1FKT	CPF
Lesioni cutanee croniche: principi di gestione e trattamento	Consorzio Progetto Vita	7 e 8 maggio 2010 8 ore	2IP	CPF
Ginnastiche dolci per gli anziani	Riabilitazione oggi- corsi e convegni	6-7/11 e 11-12/12 24 ore	1FKT	CPF
<b>CONVEGNI</b>				
Chi cura gli anziani?	Convegno cooperativa	10/06/2010 7 ore	VARI	COOP

Tutte le figure professionali hanno potuto usufruire di qualche tipo di formazione, ben 75 sono state le iscrizioni ai diversi corsi, che hanno coinvolto 33 operatori, alcuni dei quali hanno frequentato più corsi:

- 2 FKT
- 5 IP
- 1 MCP
- 8 ASA SAD
- 12 ASA/OSS CPF
- 3 Coordinatori
- 1 Direttore/Responsabile ST
- 1 cuoca

### **Costi**

Il criterio di contribuzione alla formazione per il 2010 è stato il seguente.

- la cooperativa si è fatta carico dei costi di iscrizione di tutti i corsi
- ha retribuito le ore dei corsi finanziati con fondi pubblici
- ha retribuito al 50% le ore di corso ECM e sicurezza

Il costo della formazione, senza contare le ore retribuite in servizio, nel 2010 è stata di €. 4.620,00.

### **Valutazione**

La valutazione è una attività fondamentale che investe trasversalmente le varie fasi dell'azione formativa: essa prevede l'indicazione di elementi di verifica e di valutazione dell'azione formativa:

- La valutazione *ex ante* riguarda l'attenzione posta innanzitutto alla coerenza tra la formazione progettata, le esigenze formative e gli obiettivi che la Cooperativa si propone con la formazione. Poi riguarda la scelta dei docenti e delle agenzie formative che devono garantire efficacia, innovazione e trasferibilità
- La valutazione *ex post* è successiva all'intero ciclo di attività formative e viene effettuata attraverso la compilazione da parte del corsista di un questionario di gradimento a fine corso e da una valutazione a medio termine da parte della Responsabile riguardo all'efficacia. In alcuni casi si è discusso in gruppo sugli esiti della formazione, socializzando gli apprendimenti.
- La verifica dell'efficacia valuta :
  - apprendimento dei destinatari
  - esigenze dichiarate della cooperativa
  - obiettivi che si è posta la cooperativa e il corsista
  - verifica dell'efficienza in termini di rapporto tra: utilizzo delle risorse e trasferibilità degli apprendimenti

Dai questionari raccolti, si è rilevata una generale soddisfazione rispetto alla formazione, sia per quanto riguarda i corsi aziendali, che quelli esterni.



## Analisi del clima

Nel 2010 la rilevazione della qualità percepita degli operatori del CPF è stata effettuata attraverso un breve questionario su alcuni temi chiave, a cui hanno risposto un gruppo di operatori.

I risultati sono stati utilizzati per il Bilancio sociale precedente, estrapolando alcune frasi significative. La fotografia che ne emergeva era quella di un gruppo ben sintonizzato, motivato al lavoro, con obiettivi di lavoro condivisi. Il gruppo esprimeva soddisfazione per un lavoro che per quanto impegnativo e faticoso, riserva soddisfazioni legate alla relazione e alla soddisfazione di "essere utili"

Rispetto all'essere soci, viene confermata la condivisione di ideali e progetti, ma da parte di qualcuno anche un po' di disillusione rispetto alla reale possibilità di decisione e di partecipazione. In generale l'essere soci si esprime nel gruppo di lavoro, considerato il vero luogo in cui si esercita il potere decisionale.

A fine anno invece è stato somministrato un questionario agli operatori del SAD (7 su 8), di cui si presentano i risultati.

- Tutti gli operatori trovano che l'attività svolta sia corrispondente alle aspettative, che le funzioni svolte siano corrispondenti al proprio ruolo e che si sentono valorizzati
- Essi fanno di poter contare su obiettivi chiari, il sostegno dei colleghi e il supporto del coordinatore, su attrezzature idonee, non sempre invece su tempi adeguati rispetto ai protocolli operativi
- Tutti trovano buono il rapporto con i colleghi e le figure sanitarie dell'ADI e ritengono importanti gli incontri periodici e la formazione
- Tutti concordano che nel servizio sono offerte opportunità formative e di crescita professionale.
- L'aspetto più importante del proprio lavoro è considerato :
  - il benessere dell'utente, cogliere bisogni e difficoltà dell'utente
  - la responsabilità
  - la collaborazione dei colleghi
  - le relazioni
  - la motivazione
- L'aspetto più faticoso:
  - la scarsa collaborazione dei familiari
  - la mancanza di tempo
  - gli spostamenti
  - il senso di impotenza davanti a certe situazioni
  - le aspettative irrealistiche rispetto alla soluzione di problemi complessi
  - la gestione delle risorse umane
- Rispetto a cosa manca per lo svolgimento della propria attività solo 2 rispondono
  - Un miglior coordinamento delle informazioni tra i vari servizi
  - Niente
- Il rapporto con gli utenti e i familiari viene giudicato buono
- Gli aspetti restano, come sempre, per alcuni la retribuzione, anche se per altri essa è adeguata, mentre, a sorpresa, vengono giudicati adeguati gli orari e le attrezzature.
- Rispetto all'essere socio vengono valorizzati gli aspetti di partecipazione, la possibilità di fare delle proposte che vengono ascoltate e prese in considerazione
- Tra le proposte: più incontri, più informazioni su progetti e iniziative,

## I SERVIZI E LE ATTIVITA'

### Il Territorio di riferimento

L'Arca ha scelto di operare solo sul territorio della Valchiavenna, considerando l'eventualità di operare su altri territori, solo in relazione a progetti e azioni di sistema concordati con le Cooperative del territorio e con Confcooperative Sondrio.

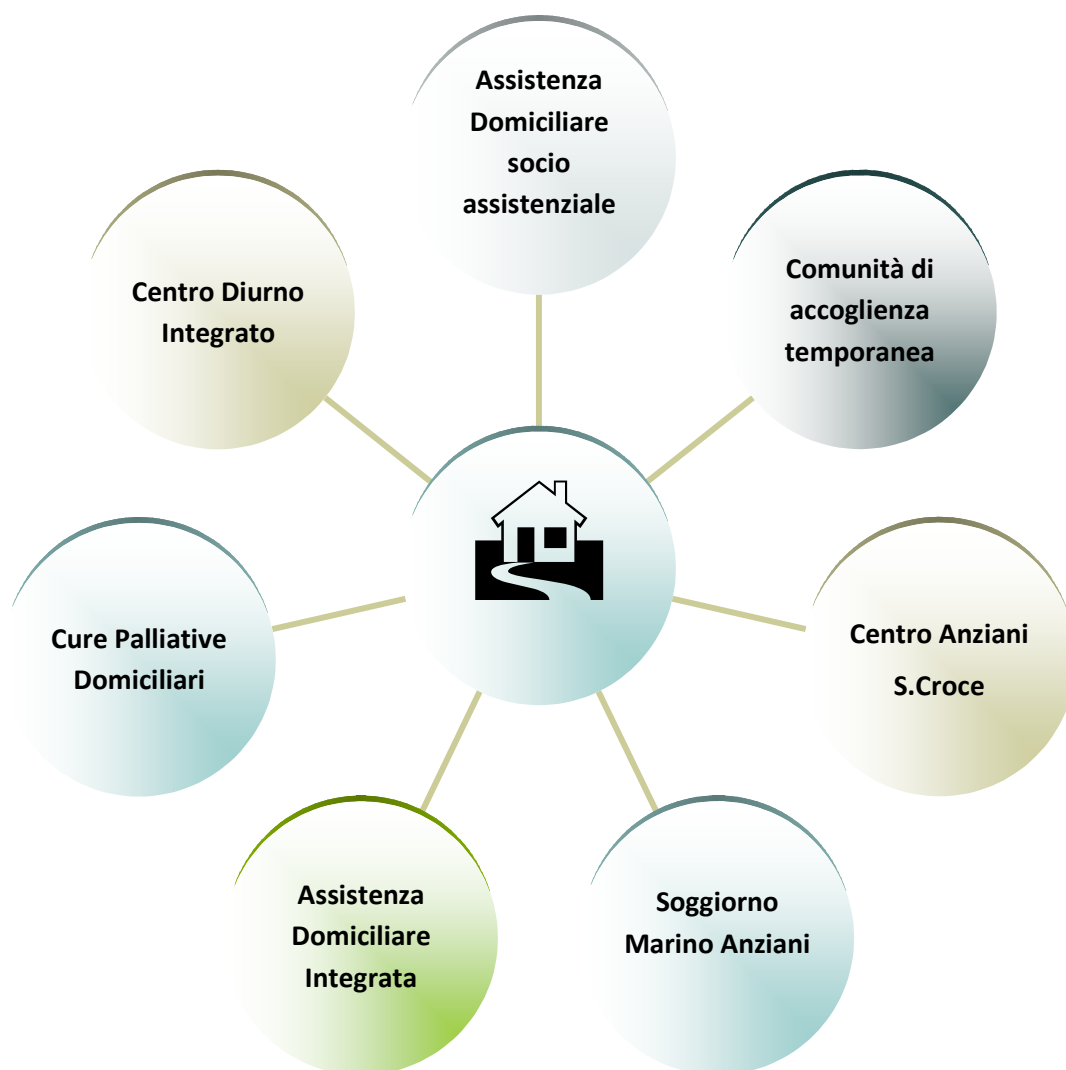
La Cooperativa opera su tutti i comuni del mandamento, ad eccezione di Menarola, piccolissimo comune di mezzacosta.

La conformazione del territorio, interamente montano con dislivelli notevoli tra fondovalle e località in quota, rende disagiati gli spostamenti ed è fonte di aumento dei costi dei servizi territoriali.



## Oggetto dell'attività

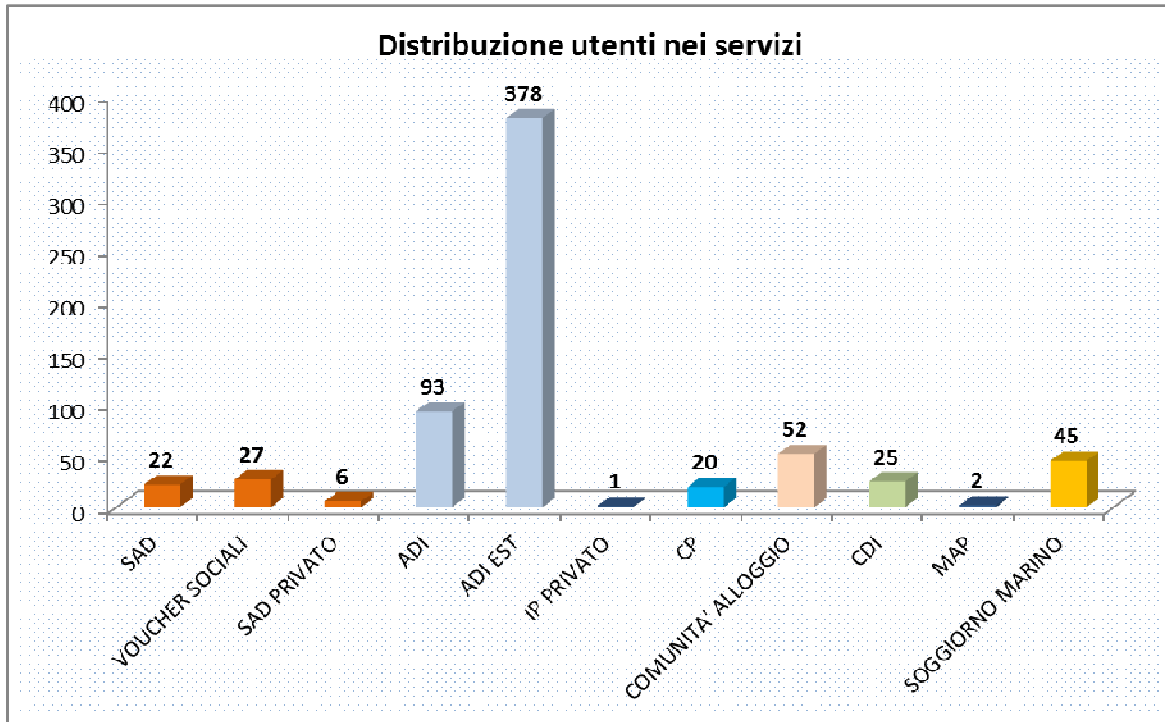
L'attività della Cooperativa è rivolta prevalentemente agli anziani e alle loro famiglie ed è orientata a favorire il più possibile il mantenimento delle persone nel proprio ambiente di vita, attraverso una serie di servizi che possono essere considerati a "supporto della domiciliarità" di seguito elencati.



## L'utenza

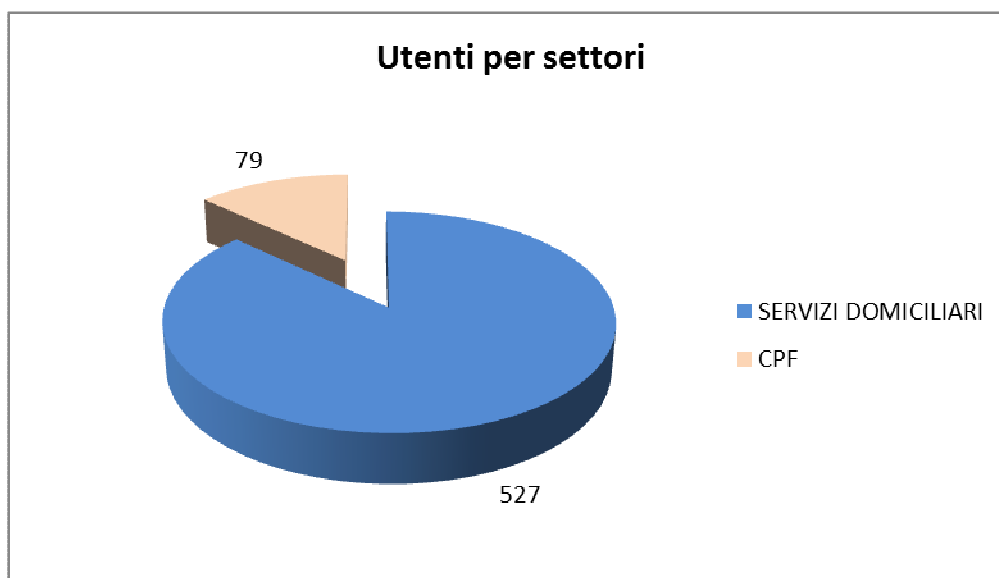
Gli utenti seguiti dalla cooperativa nel 2010 sono stati in totale n° **671**:

- 55 nei servizi domiciliari socio assistenziali (SAD 22-voucher 27 -SADP 6)
- 472 nell'ADI (1 paziente privato)
- 20 nel servizio di cure palliative
- 79 nel Centro polifunzionale (52 CA - 25 CDI - MAP)
- 45 Soggiorno marino



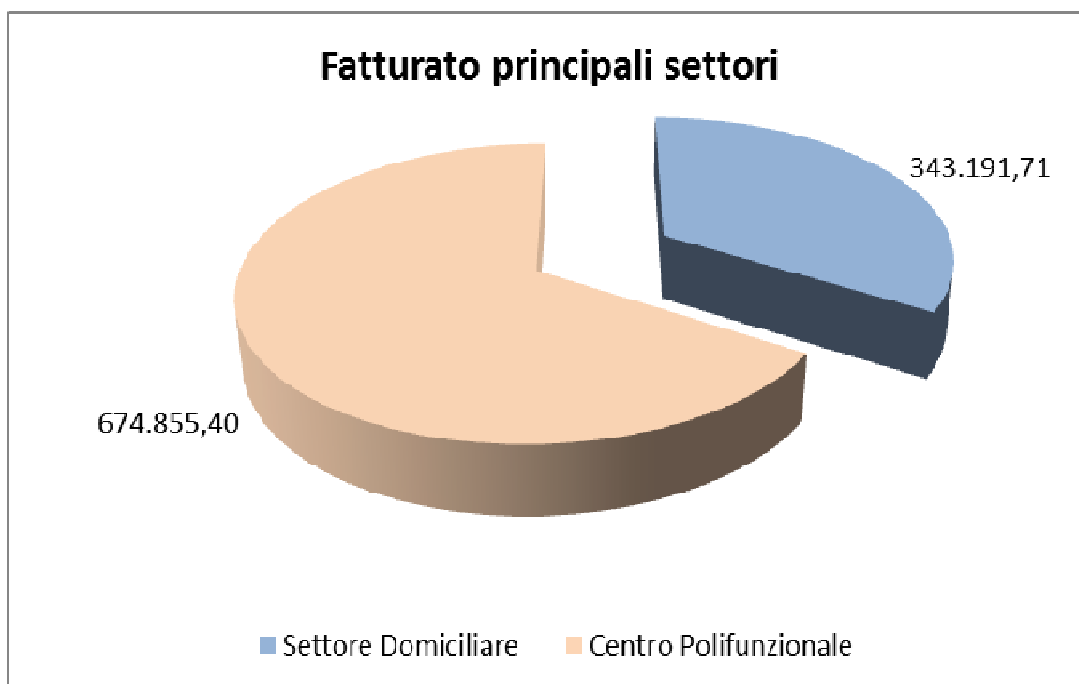
Non sono rappresentati gli utenti del Centro anziani di S.Croce in quanto ha un utenza variabile

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



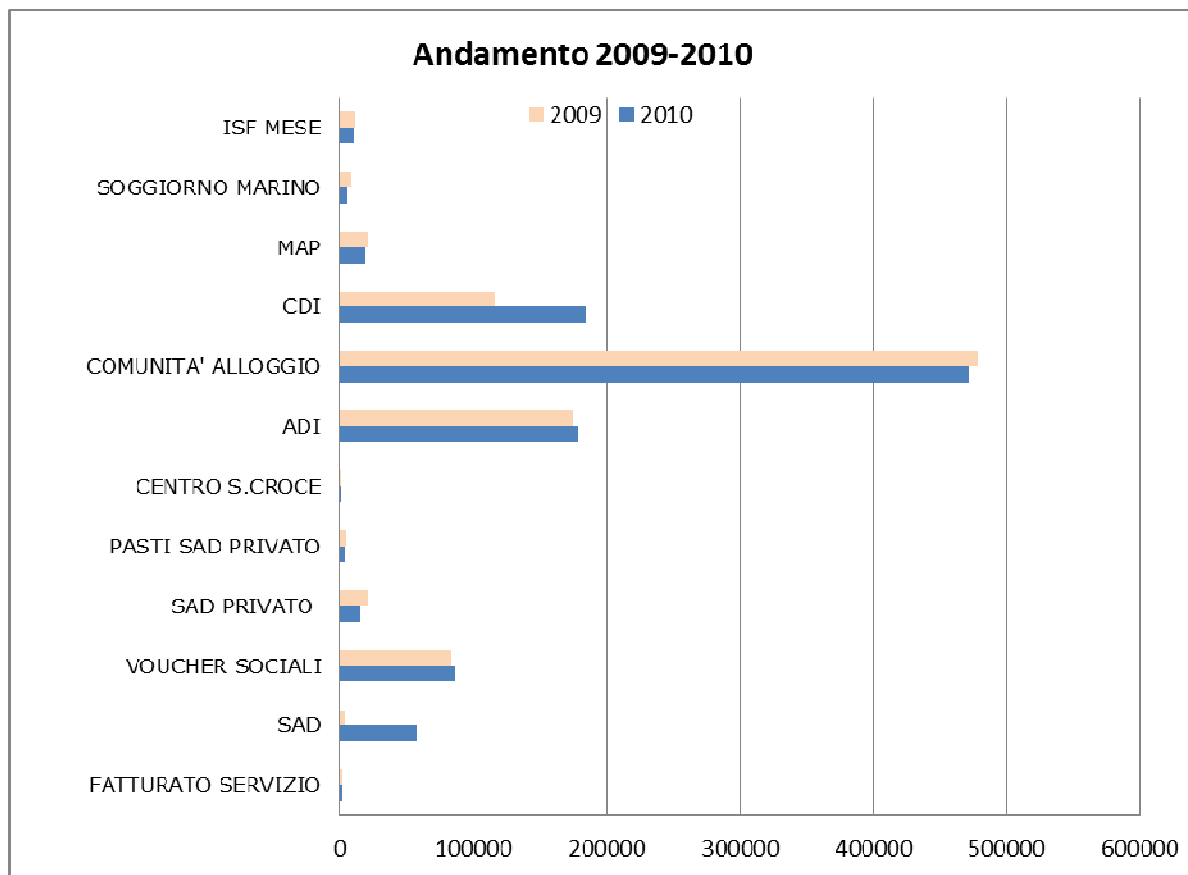
## L'andamento generale

Diversa la situazione in termini di fatturato, dove il Centro polifunzionale rappresenta quasi il doppio del settore domiciliare



Segue tabella completa fatturato 2010, confrontata con 2009

<b>FATTURATO SERVIZIO</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>
SAD	57.840,58	3.872,02
VOUCHER SOCIALI	86.374,25	83.678,54
SAD PRIVATO	15.618,32	21.443,19
PASTI SAD PRIVATO	3.538,50	5.047,15
CENTRO S.CROCE	1.287,02	1.277,26
ADI	178.533,04	174.639,83
COMUNITA' ALLOGGIO	471.129,18	478.731,78
CDI	88.827,26	54.577,09
CONTRIBUTO CDI+PQ	95.442,29	61.076,95
MAP	19.411,67	21.450,26
SOGGIORNO MARINO	5.342,38	8.475,13
ISF MESE	10.113,60	10.865,60
<b>TOTALE</b>	<b>1.033.458,09</b>	<b>925.134,80</b>



## **Il Centro Polifunzionale**

L'Arca gestisce il Centro Polifunzionale di Servizi all'anziano, che rappresenta un servizio intermedio tra assistenza a domicilio ed assistenza residenziale. La struttura, dislocata nel comune di Chiavenna, fornisce un appoggio per anziani soli o in condizione di fragilità al fine di allentare la necessità di un ricovero definitivo in residenze protette. Il Centro Polifunzionale è nato dalla necessità di sostenere la famiglia nell'affrontare gli eventi critici legati alla malattia e alla perdita di autosufficienza dell'anziano nell'ottica di "aiutare chi aiuta" tenendo conto dei bisogni degli anziani, ma anche di "chi cura" poiché i sistemi familiari sono al tempo stesso sistemi "forti" nei confronti della protezione degli anziani e rappresentano la vera barriera all'istituzionalizzazione, ma nello stesso tempo sono sistemi "fragili" per la gravosità dell'impegno di cura, la complessità di relazioni che questo comporta e per le trasformazioni che la famiglia sta attraversando.

Il Centro si configura come complesso di servizi alternativi all'istituzionalizzazione e di supporto alla domiciliarità, si propone come filtro tra assistenza a domicilio e RSA, per allontanare il rischio di un ricovero definitivo per tutte quelle forme di non autosufficienza, che possono supportate da servizi adeguati, permettono all'anziano di mantenere la propria autonomia pur potendo contare su un livello di protezione elevato.

I Servizi del CPF sono:

- Comunità di accoglienza temporanea
- Mini alloggio protetto
- Centro Diurno Integrato

Dal settembre 2010 è cessato il servizio c/o MAP. La camera è stata inclusa nei posti letto della CA e la zona giorno utilizzata per le attività del progetto "Ferma il Tempo"

### **Il Centro Diurno Integrato (CDI)**

Il Centro Diurno Integrato rappresenta il primo livello dell'offerta residenziale: collocato a ponte tra la realtà familiare ed il ricovero in istituto, permette ad anziani anche non autosufficienti o con problemi cognitivi di avere per tutta la giornata un'adeguata assistenza, senza interrompere quei legami affettivi e sociali che rappresentano l'aspetto più importante della vita relazionale. Rappresenta una utile integrazione dell'assistenza domiciliare per sostenere la famiglia nel lavoro di cura, per tentare ogni possibile forma di recupero o di mantenimento delle capacità residue e per migliorare la socializzazione. Nel Centro Diurno Integrato vengono adottate metodologie di intervento innovative per il trattamento delle demenze.

Il CDI, anche nel 2010 ha assicurato un funzionamento di 8 ore giornaliere (9.00-17.00) per 7 giorni la settimana, con servizio di trasporto, orario che in alcuni casi è stato esteso fino all'ora di cena.

Grazie ai premi qualità assegnati dall'ASL per il miglioramento del servizio, sono stati sperimentati due progetti, che hanno dato buoni risultati:

#### **Ferma il tempo**

Il progetto "Ferma il Tempo" ha sviluppato l'Obiettivo 2 del Bando per l'assegnazione di quote destinate a premiare la qualità del servizio reso nei Centri Diurni Integrati a contratto con l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Sondrio, "Sperimentazione di nuovi modelli terapeutici sulla cronicità", con particolare riguardo all'attivazione di un progetto innovativo assistenziale a favore di ospiti dementi del CDI, da gennaio a dicembre 2010.

Gli obiettivi del progetto possono essere così sintetizzati:

- ❖ Sperimentare percorsi di stimolazione cognitiva centrata sulla persona
- ❖ Valutare l'efficacia di un intervento di stimolazione cognitiva nella riduzione della disabilità potenzialmente reversibile
- ❖ Sperimentazione di nuovi approcci comunicativi con la persona demente

Sono stati coinvolti nel gruppo FT complessivamente n°15 ospiti del CDI, di cui n°10 nuovi utenti del CDI. A gennaio gli ospiti del progetto erano 5, a dicembre 10.

La frequenza al gruppo per la maggior parte degli ospiti è stata costante, per alcuni ha seguito l'andamento della frequenza al CDI (sospensioni, riattivazioni, dimissioni).

Gli ospiti hanno frequentato le attività in base ai loro giorni di presenza.

Tutti gli operatori hanno dedicato una parte del loro tempo al progetto, solo 2 ASA si sono dedicate in maniera esclusiva al progetto (una di loro in aggiunta in alcuni giorni ha prestato servizio anche per il progetto CDI 360°)

Per le valutazioni ci si avvalsi della Neuropsicologa, Dott.ssa Paola Ortelli.

Il programma di attività è stato concepito come momento terapeutico creando un ambiente protetto, accogliente e stimolante, per far sentire la persona a proprio agio, sostenendola e valorizzandola, al fine di migliorare la qualità di vita dell'anziano affetto da demenza, rallentare la progressione della malattia e contenere i disturbi comportamentali.

Le attività previste dal progetto sono state organizzate dalle singole figure professionali, in base alle indicazioni della neuropsicologa e ad una programmazione effettuata in gruppo:

- ❖ Educatore: Stimolazione sensoriale – Attività animazione
- ❖ Fisioterapista: Attività motoria di gruppo – Trattamenti individuali
- ❖ ASA : attività socio assistenziali – Attività domestiche e legate al pranzo.
- ❖ Responsabile progetto e Operatore Validation : Colloqui individuali + Laboratorio narrativo
- ❖ Responsabile CDI e Operatore Validation : Colloqui individuali e Attività di Stimolazione cognitiva

Nel 2011, il progetto "Ferma il tempo" proseguirà con le stesse modalità, ma ampliando l'orario al pomeriggio fino alle 17.00 e proseguirà fino all'apertura del nuovo CDI specializzato nel trattamento delle demenze, che la Cooperativa ha progettato e che si concretizzerà nel corso del 2011.

Complessivamente il progetto ha in parte risolto le criticità che avevano suggerito l'avvio della sperimentazione ha raggiunto l'obiettivo di rallentare il declino cognitivo degli ospiti e ha incrementato a professionalità del centro attraverso risposte mirate. Restano ancora da risolvere i problemi relativi agli spazi , che verranno superati col trasferimento nel nuovo centro.

### **CDI a 360°**

Con il Progetto CDI a 360° si è inteso sviluppare l'Obiettivo 1, lettera b del Bando per l'assegnazione di quote destinate a premiare la qualità del servizio reso nei Centri Diurni Integrati a contratto con l'ASL "Favorire la possibilità di accesso ai CDI ed ampliamento dei servizi offerti".

Visti i positivi risultati della sperimentazione dell'offerta di servizio di ricoveri notturni temporanei effettuata nel 2009 e le richieste pervenute di accoglienza anche il sabato e i festivi, il progetto proponeva di ampliare l'offerta dei servizi del CDI a 360°, attraverso:

- il consolidamento dell'offerta di ricoveri notturni temporanei "Formula night", già avviata nel 2009
- la sperimentazione dell'ampliamento dei giorni di apertura del CDI il sabato, la domenica e i festivi

La proposta di accoglienza notturna è stata fatta a tutti gli ospiti, in particolare a quelli che in passato avevano fatto ricorso ad altre soluzioni residenziali.

Su n°25 utenti del CDI (23 escludendo 1 dimesso ai primi di gennaio e 1 entrato in dicembre) hanno usufruito della possibilità di accoglienza notturna n°9 utenti, tutte donne.

N°4 hanno usufruito del servizio per il periodo massimo di 30 giorni, di cui uno in due momenti diversi. Gli altri hanno usufruito solo di alcuni giorni, da un minimo di 6 gg. ad un max. di 15 gg, di cui uno in due periodi diversi.



Le giornate di accoglienza notturna sono state in totale n°183, n°24 in meno del 2009, a partire dal mese di aprile.

Le ragioni che hanno portato alla richiesta di accoglienza notturna sono diverse:

- 3 per consentire ai familiari un periodo di ferie
- 5 per dare sollievo alla famiglia in periodo di difficoltà
- 1 per assenza breve dei familiari

Per quanto riguarda l'ampliamento delle giornate di apertura del CDI, 12 ospiti hanno usufruito dell'ampliamento, 4 in modo stabile, gli altri in maniera occasionale o in coincidenza con i ricoveri notturni. Tutti i sabati e le domeniche, tranne 2, il centro ha avuto utenti presenti. A fine 2010 solo 4 utenti frequentavano nei week end, di cui 2 stabilmente.

L'ampliamento dei servizi ha permesso la stabilizzazione dell'utenza e l'incremento della stessa. Gli utenti all'inizio del 2010 erano 7 e a dicembre 2010 erano 17, con due sospesi, un risultato mai raggiunto negli ultimi anni, quindi sicuramente anche l'ampliamento dell'offerta unita alla specializzazione rispetto al problema della demenza, hanno favorito l'avvicinamento di nuovi utenti, che nel 2010 sono stati 15.

Le dimissioni avvenute durante l'anno solo in un caso hanno visto il ricovero in RSA dell'ospite, negli altri casi si è avuto un peggioramento delle condizioni di salute o, in due casi, diverse scelte della famiglia. La flessibilità del centro ad ampliare le giornate di frequenza ha garantito anche alle famiglie più in difficoltà di mantenere l'utente in famiglia.

Per il 2011 si prevede di mantenere sia la possibilità di accoglienza notturna, per quanto riguarda l'apertura del CDI 7 gg su 7, si manterrà la proposta, verificando in itinere la sostenibilità della stessa.

Nel 2010 gli utenti del CDI sono stati in totale n°25, 21 donne e 4 uomini con le seguenti problematiche:

07 presentano problematiche di salute o con limiti funzionali

02 presentano stati psichiatrici iniziali in forma depressiva.

02 presentano un limite a livello intellettivo

14 presentano disturbi cognitivi, in varie forme di demenza

Gli utenti del CDI hanno un'età piuttosto avanzata (il 40 % ha più 75 anni, ma solo il 12% ha più di 85 anni) un dato importante da non sottovalutare è stato rilevato nella fascia di età che va dai 65 ai 75 anni aumentato rispetto al precedente anno, che era (il 12,50% ) rispetto ( il 32%) del 2010

Gli utenti del CDI generalmente non hanno utilizzato altri servizi prima di entrare al Centro, ad eccezione di un caso che continua ad essere seguito dall'assistenza domiciliare attraverso voucher sociale.

N°2 utenti hanno utilizzato il CDI provenendo dai MAP, gli altri dal territorio.

Nel 2010 c'è stata una forte ripresa del CDI, sono pervenute parecchie richieste di accesso con ben 15 nuove entrate, confermando l'importanza di tale servizio, come una risposta concreta ai bisogni delle famiglie che vivono sul territorio della Valchiavenna.

Nel 2010 c'è stata una ripresa del CDI, che rispetto al 2009 ha avuto un incremento di presenze del 25%, portando le giornate di presenza dalle 1734 del 2009 alle 2881 del 2010.

Nel 2010 c'è stata una forte ripresa del CDI, sono pervenute parecchie richieste di accesso con ben 15 nuove entrate,

I dimessi nell'anno sono stati 9 su 25. Le motivazioni delle dimissioni sono di seguito indicate:

- 3 ospiti sono entrate in Comunità alloggio in quanto il CDI non è risultato la soluzione più appropriata per la famiglia (1) o per il peggioramento delle condizioni di salute (2)
- 1 ospite ha cessato nel mese di agosto per un aggravamento sanitario
- 1 ospite ha cessato a fine anno in quanto è stata trasferita in una RSA
- 1 ospite ha sospeso temporaneamente il servizio per motivi sanitari
- 1 ospite ha sospeso temporaneamente il servizio per un periodo di sollievo in RSA.
- 2 ospiti hanno sospeso definitivamente il servizio per scelte diverse.

## La percezione del servizio da parte dell'utenza

Durante l'anno la Responsabile del CDI sottopone i questionari di rilevazione della qualità percepita agli anziani in grado di rispondere alle domande poste o ai familiari. Con gli stessi la Responsabile approfondisce, attraverso un'intervista, anche gli aspetti legati alla verifica dei PAI.

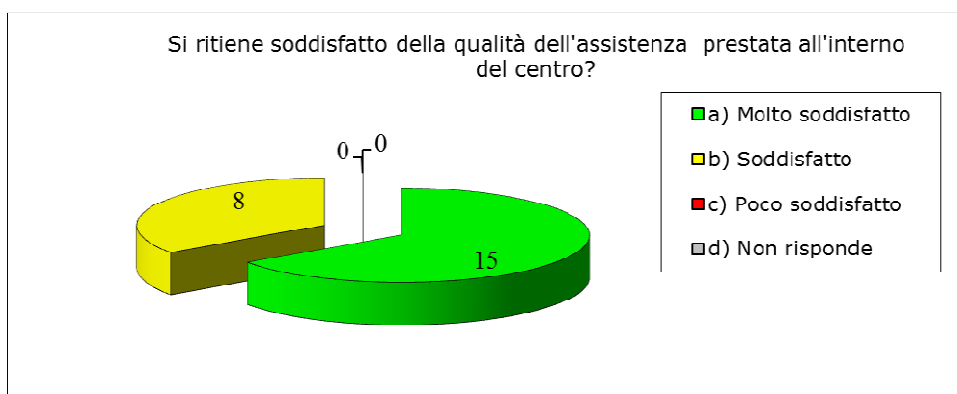
Il campione è stato calcolato considerando 23 ospiti del CDI su 25, in quanto 2 utenti hanno cominciato a frequentare il CDI a fine novembre/inizio dicembre e si è deciso di non somministrare il questionario.

Hanno risposto al questionario:

- 04 utenti
- 17 familiari
- 02 utenti + familiari

Di seguito si illustrano i risultati della customer satisfaction

Complessivamente viene dato un giudizio positivo (8) molto positivo (15) da parte di tutti gli ospiti del 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%).

Sia i nuovi utenti che gli storici hanno valutato un alto livello riguardo le informazioni ricevute al momento della richiesta, il tipo di accoglienza e i rapporti con gli uffici amministrativi e li hanno giudicati positivamente (91%). Il 56% degli ospiti vorrebbe estendere il servizio anche nel fine settimana. Anche gli orari di funzionamento vengono giudicati appropriati (100%), così come l'orario del pranzo (100%). Tutte le attività del Centro vengono apprezzate, quelle riabilitative e motorie (96%) e quelle di animazione (91%), secondo 17 persone, dovrebbero essere potenziate, tra cui 4 chiedono un'estensione dell'orario sul servizio trasporto.

## 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 22 ospiti e limitati da un 1, per quanto riguarda gli spazi esterni invece la percentuale scende: sono solo 4 a giudicarli adeguati, 3 sufficienti e ben 14 limitati (questo è soprattutto dovuto alla 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 91%
- Infermiere (92%)
- Personale di assistenza (100%)

-Fisioterapista (96%)

-Animatore (96%)

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 si dividono:

- 08 lo risolverebbe attraverso risorse familiari
- 02 con un'assistente privata
- 10 con una "badante"
- 05 ricorrendo alla Casa di Riposo
- 05 non saprebbero come fare
- 03 altro



### Considerazioni

Possiamo dare un giudizio complessivamente positivo sull'attività svolta nel 2010, confermata da un buon riscontro ottenuto dai questionari di soddisfazione sottoposti all'utenza, e dall'incremento delle presenze.

Il contributo del premio qualità "Ferma il Tempo" ha permesso di mettere in campo un progetto, che durante l'anno ha preso corpo, delineando e affinando sempre di più l'intervento su persone con problemi cognitivi, e allo stesso tempo ha dato l'input alla Cooperativa di progettare un **nuovo CDI** rivolto a quegli anziani che presentano disturbi comportamentali e/o cognitivi significativi. La previsione di apertura del nuovo CDI è prevista entro il 2011.

## Miglioramento della qualità previsto dagli obiettivi ASL per il 2010

obiettivi	indicatori	specifiche	risultati
1.Promuovere Maggiore chiarezza e certezza nei rapporti fra CDI ed utente tramite l'esplicitazione e sottoscrizione di specifico contratto	Contratto con l'utente/familiare/rappresentante legale	L'obiettivo è raggiunto quando si verificano, all'interno dell'attività di vigilanza, la sottoscrizione da parte di ogni utente/familiare/rappresentante legale del contratto di ingresso	Obiettivo raggiunto.  Il contratto, secondo quanto stabilito dall'ASL, è in vigore già dal 2009
2.Promuovere un maggior livello qualitativo nella professionalità degli operatori	Formazione/aggiornamento del personale su tematiche attinenti	L'obiettivo è raggiunto quando il 50% del personale addetto all'assistenza ha partecipato a corsi di formazione/aggiornamento attinenti.	Obiettivo raggiunto.  Il 50% degli operatori, con più di sei mesi di anzianità, ha frequentato corsi di formazione corrispondenti alla richiesta.

Oltre agli obiettivi del 2010, sono stati mantenuti anche gli obiettivi degli anni precedenti:

- 2 incontri all'anno tra CDI e UdP + Servizio anziani ASL
- almeno 5 occasioni di apertura del CDI all'esterno
- incontri con i familiari per discussione PAI
- valutazione di ogni nuovo ingresso da parte dell'UVG del servizio anziani dell'ASL
- aggiornamento almeno semestrale dei PAI
- incontri almeno trimestrali con i familiari
- registro giornaliero delle presenze

## La Comunità di accoglienza temporanea (CA)

E' un servizio residenziale di accoglienza temporanea, rivolto ad anziani con difficoltà nelle cure personali o nella gestione delle attività della vita quotidiana, purché non presentino elevate esigenze cliniche ed assistenziali o gravi forme di demenza con disturbi comportamentali.

E' una soluzione abitativa il più possibile vicina alla residenza privata, ma con accorgimenti architettonici, di arredo e tecnologici utili a garantire sicurezza e qualità di vita agli anziani e agli operatori.

Si configura come soluzione intermedia fra gli interventi domiciliari e la RSA, di supporto all'anziano solo e alla famiglia e come risorsa per la rete dei servizi sociali e domiciliari.

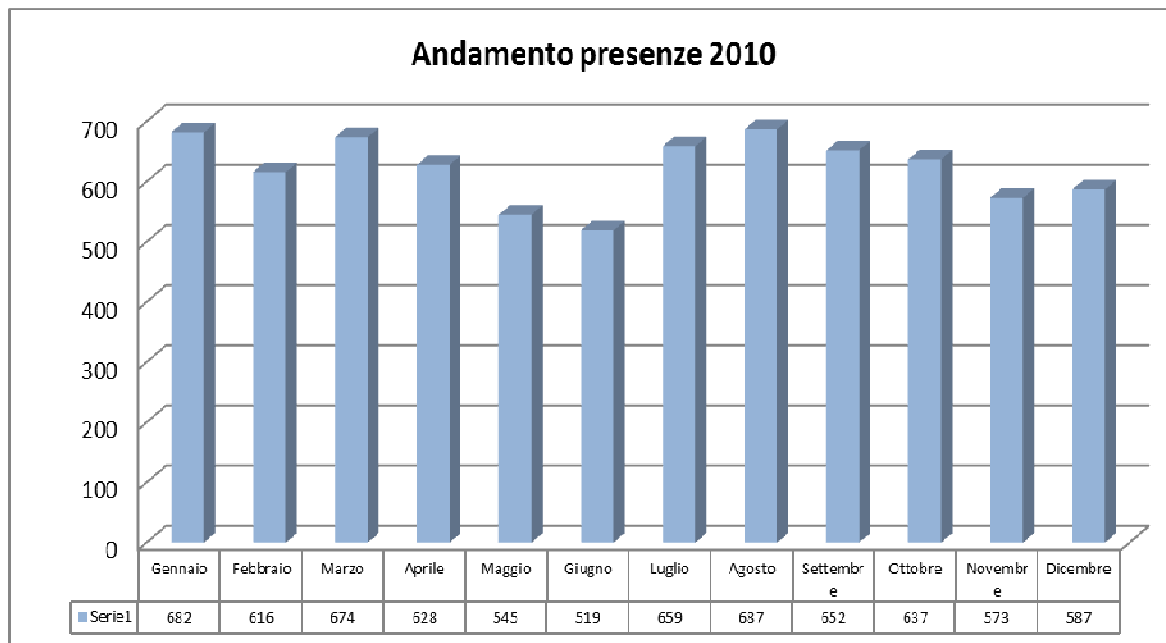
Risponde a:

- esigenze di tipo abitativo (sfratto, barriere, mancanza di riscaldamento).
- esigenze di tipo socio-assistenziale (dimissioni dall'ospedale, programmi di recupero dell'autonomia, lista d'attesa RSA).
- esigenze organizzative e tutela della famiglia (assenza dei familiari, urgenze, periodi di sollievo).

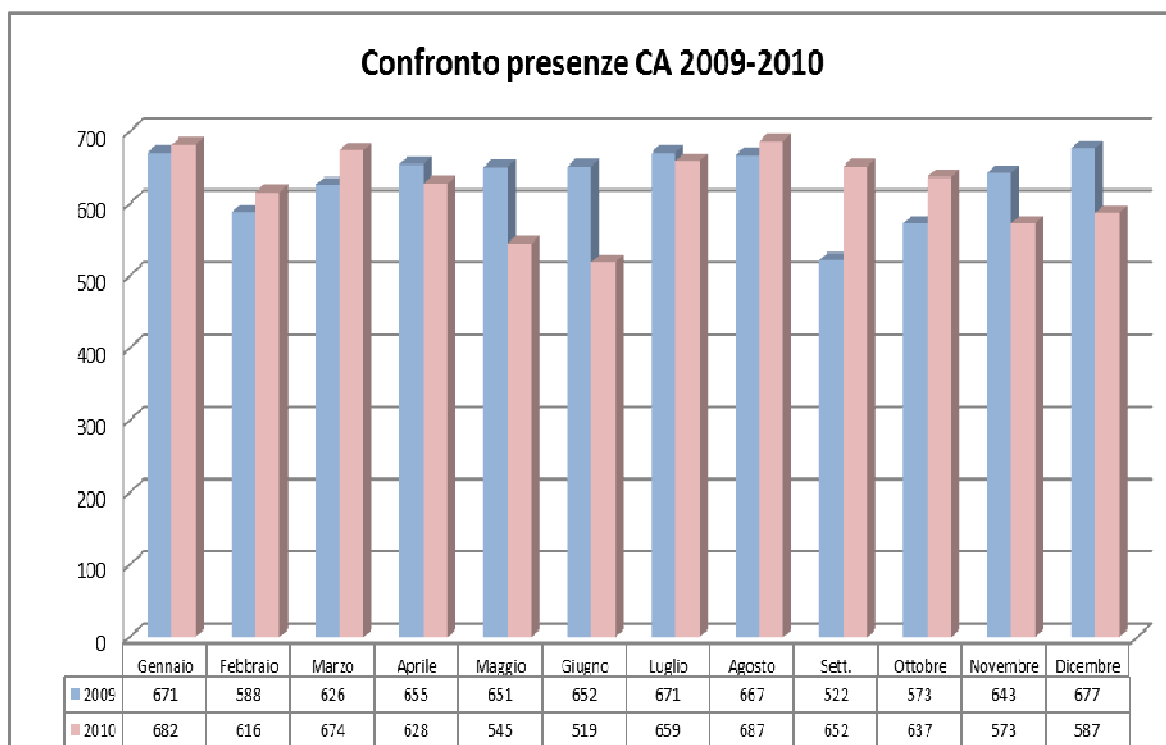
L'anno 2010 è stato un anno particolare anche per quanto riguarda la CA, è e resta il servizio più significativo e più richiesto. Durante l'anno si è per la prima volta notato in alcuni mesi un calo importante di richieste e di conseguenza di entrate, lasciando in alcuni mesi posti vuoti. Probabilmente l'aumento della retta nel mese di maggio di €2,50

il periodo di crisi a livello nazionale, sicuramente ha influito, giustificando le mancate entrate. Nonostante ciò la CA ha comunque mantenuto un tasso di saturazione abbastanza buono (92,9%) rispetto al 2009 che era del 95%. Le presenze sono state 7459 nel 2010 contro le 7596 del 2009.

Per capire più chiaramente l'andamento annuale, che viene calcolato trimestralmente: vedi grafico:



Se si considerano tuttavia tutti i posti, compresi i due dei MAP, poi trasformati da ottobre in posti di CA, la perdita diventa più consistente. Nei MAP le presenze sono scese da 730 del 2009 a 486 del 2010.



In totale nel 2010 sono state perse 381 gg di presenza pari a circa 21.500 €. di mancate entrate.

## **L'Utenza**

Nel corso dell'anno si è cercato di limitare l'ingresso di utenti con situazioni gravi e di utilizzare meglio il periodo di prova, per valutare la compatibilità della situazione soggettiva con l'organizzazione del centro. Tuttavia molti degli ospiti della CA hanno problemi di mobilità e ridotte capacità cognitive, che accrescono i rischi di caduta di riflesso la necessità di una sorveglianza, quindi è stato necessario mantenere su alcuni casi l'esigenza di attivare una protezione.

Nel 2010 gli utenti del servizio residenziale sono stati 52, 1 uomo e 51 donne. I nuovi utenti sono stati 29, a riprova che nella CA vi è un ricambio di oltre il 50%. L'età media degli ospiti è piuttosto elevata il 52% ha più di 85 anni, il 36% ha un'età compresa fra 75 e 84 anni, il 12% ha meno di 75 anni.

Si conferma la provenienza territoriale, con l'85% di residenti in Valchiavenna, il 6% proveniente dalla provincia di Sondrio; solo il 9% proviene dalle provincie vicine.

Il 50% degli ospiti ha usufruito dell'accoglienza per un periodo inferiore ai tre mesi; il 23% da tre a sei mesi, il 27% per oltre sei mesi.

Le motivazioni dell'accoglienza sono prevalentemente legate a motivi familiari per il 58%, all'attesa di ricovero definitivo in RSA per il 27%, il 6% per motivi assistenziali, il 9% per dimissioni ospedaliere.

Al 31/12/2010 erano accolte 20 ospiti.

Rispetto all'esito dell'accoglienza, considerando anche il fatto che alcune ospiti sono rientrate più volte in CA durante l'anno, 29 sono rientrate a domicilio, 4 sono decedute, 8 sono state trasferite in RSA e 1 è passata in CA.

Gli utenti che nel 2010 si sono avvicinati al servizio sono stati più problematici rispetto al passato, sia per le condizioni funzionali che cognitive, aspetto che ha aggravato il carico assistenziale.

Si è continuato ad ottimizzare le risorse umane potenziate negli anni precedenti, a volte in alcune situazioni non sufficienti a soddisfare il carico assistenziale. Dal mese di gennaio, è stato attivato un nuovo progetto con alcune anziane con problemi cognitivi, e comportamentali, mantenendo due ASA inserite a maggio del 2009 con sei ore settimanali a giorni alterni, con il compito di seguire il gruppo. Il gruppo di anziane è stato trasferito dalla Comunità nel soggiorno del MAP, dove è stato seguito a livello assistenziale, con una serie di attività: stimolazione cognitiva, sensoriale e motoria. L'allontanamento di questo gruppo ha permesso al personale di potersi dedicare con più cura ed attenzione al resto del gruppo.

Come negli anni precedenti sono stati attivati progetti individualizzati e relative verifiche, si è cercato di lavorare sul mantenimento delle autonomie e sulle capacità residue. Questo è stato possibile grazie alla capacità degli operatori di portare avanti il servizio rispettando i tempi dell'anziano, senza forzature che, se da una parte avrebbero potuto ottimizzare i tempi, dall'altra avrebbero tolto autonomia alla persona.

La difficoltà di questo nucleo, infatti, è soprattutto quello di riuscire a dedicare tempo non solo all'assistenza ma anche alla relazione, visti i carichi di lavoro e le limitate risorse umane.

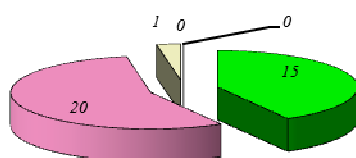
## **La percezione del servizio da parte dell'utenza**

Durante l'anno la Responsabile del CA ha sottoposto i questionari di rilevazione della qualità percepita agli anziani in grado di rispondere alle domande poste o ai familiari.

Il campione è stato calcolato considerando 36 ospiti del CA su 52, in quanto 2 erano utenti dei MAP trasferiti in CA per problemi di salute, 7 utenti CDI per breve periodo di sollievo (a cui il questionario è stato somministrato come CDI), 3 erano utenti di breve periodo, 4 utenti erano entrati in CA verso la fine dell'anno.

Complessivamente viene dato un giudizio positivo (20) o molto positivo (15) discreto (1) da parte di tutti gli ospiti del CA (97% di risposte positive).

1) Come giudica in generale la qualità delle prestazioni fornite agli utenti nella struttura in cui si trova?



- a) Ottima
- b) Buona
- c) Discreta
- d) Scadente
- e) Non risponde

L'organizzazione viene ritenuta in grado di rispondere tempestivamente ai bisogni e reclami (100%) e di rispettare le abitudini degli ospiti (100%)

I nuovi utenti hanno giudicato buono il livello di informazione ricevuto al momento della richiesta e dell'accoglienza e chi ha avuto rapporti con gli uffici amministrativi li ha giudicati positivamente. Le attrezzature in dotazione vengono ritenute appropriate (100%), così pure l'orario dei pasti sia adatto alle loro abitudini (100%). Tutte del attività del Centro vengono apprezzate, quelle riabilitative e motorie (78%) e quelle di animazione (64%); il dato più basso viene spiegato con il fatto che non tutti ne usufruiscono.

### **Gli aspetti alberghieri e logistici**

Gli Ospiti giudicano buono o molto buono il livello di pulizia e lavanderia (100%). Tutti gli utenti esprimono un buon gradimento del vitto, sia rispetto alla varietà, quantità e alla qualità della dei cibi preparazione (94%).

### **Il rapporto con gli operatori del Centro**

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

- Medico 91,7%
- Infermiere (97,2%)
- Personale di assistenza (100%)
- Fisioterapista (91,7%)
- Animatore (94,4%)

Gli Ospiti si sentono liberi di esprimere le proprie richieste al personale (97%), si sentono coinvolti nelle decisioni che li riguardano (100%) e dichiarano di avere mantenuto e veder rispettate le proprie abitudini (100%). Alla domanda se non le è mai capitato di attendere più di cinque minuti l'arrivo dell'operatore dopo la chiamata con il campanello: 3 ospiti rispondono si spesso, 6 ospiti si qualche volta gli altri (86%), no mai. Il (100%) degli ospiti dichiara di non essere infastidito se gli operatori le si rivolgono dandole del tu, ma anzi le permette di sentirsi meno distante

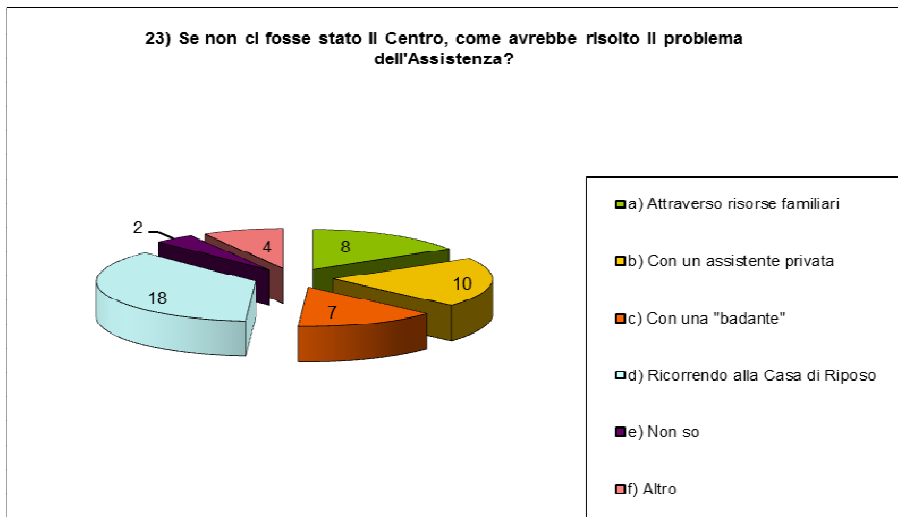
Gli ospiti e/o familiari hanno ritenuto di essere stati sostenuti in momenti di difficoltà dalla Responsabile del CA e dall'Assistente Sociale, (83%) e hanno ritenuto utili gli incontri con la Responsabile sui PAI e le interviste per i questionari di soddisfazione (100%).

### **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 si dividono:

08 lo risolverebbe attraverso risorse familiari

10 con un assistente privata  
 07 con una "badante"  
 18 ricorrendo alla Casa di Riposo  
 02 non saprebbero come  
 04 altro



Rispetto all'esperienza avuta:  
 -23 la ritengono indispensabile  
 -12 utile  
 -01 abbastanza utile

### Reclami e suggerimenti

Una parte degli intervistati non ha dato suggerimenti in quanto ritiene che il servizio così impostato vada bene. Una parente evidenzia il limite della CA su casi sanitari, avrebbe preferito mantenere la sua mamma in Comunità che all'Hospice di Morbegno. Alcuni lamentano che la retta è molto cara ma in compenso c'è un ambiente familiare e qualità del servizio.

Contrariamente al passato nel 2010 sono stati avanzati alcuni reclami, che qui riassumiamo:

- Si chiede maggiore attenzione agli aspetti alberghieri ( si vorrebbe maggior libertà di scelta, si lamenta che qualche volta il pasto arriva freddo, orario della cena troppo presto in estate, si chiede maggior attenzione nell'imboccamento, un' ospite si è lamentata degli arredi della camera )
- Si chiede più attenzione al momento dell'accoglienza (evitare più entrate contemporaneamente, miglior passaggio di informazioni sul versante sanitario tra il personale e con i familiari)
- Si segnala il cambio di "ambiente, di clima" (difficoltà di convivenza con pazienti dementi, momenti di affollamento, orari di visita non fissati, necessità di più spazi) - una anziana segnala che gli utenti sono cambiati, entrano più persone con demenze. - difficoltà della convivenza - necessità di più spazi.

Tra le proposte:

- modificare orario cena nel mese estivo
- potenziamento della figura Infermieristica anche sul pomeriggio che durante la notte.
- potenziamento del personale dopo le h.16.00
- più spazi sia interni che esterni.
- si propone di stabilire orario di visite
- si propone una o due entrate allo stesso giorno - ma con orari diversi.



## Mini alloggio protetto

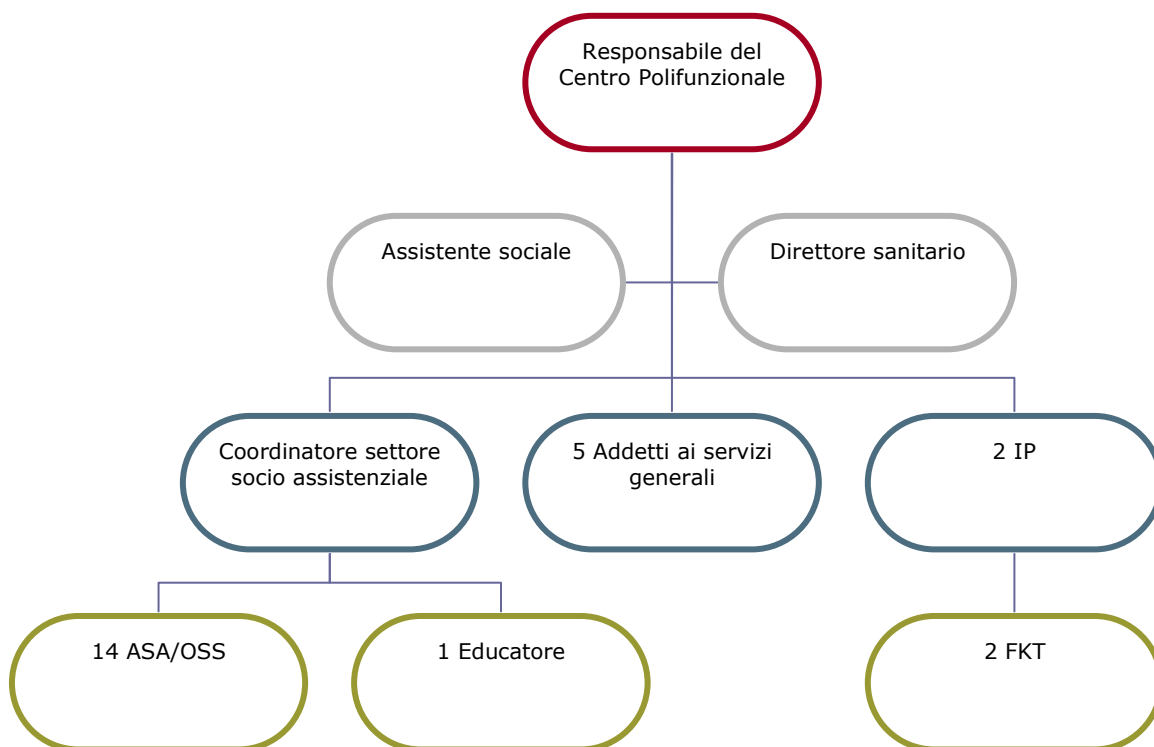
Si tratta dell'ultimo appartamento autonomo rimasto dei 3 iniziali. I MAP erano nati per offrire uno spazio adeguato e attrezzato per i bisogni della persona anziana per valorizzare e stimolare al massimo l'iniziativa personale, garantendo nel contempo una protezione anche la notte, attraverso un sistema di allarme e la pronta reperibilità di un operatore in caso di necessità e con la possibilità di usufruire di tutti i servizi del CDI. In realtà, di fatto non sono mai stati utilizzati come spazi autonomi, ma come spazi riservati alle persone meno compromesse.

Si è deciso di continuare a mantenere attivo l'unico MAP rimasto nel rispetto delle due ospiti che attualmente ne stavano usufruendo, fino a quando sarebbero riuscite a mantenere la propria autonomia. Nel mese di agosto è stato necessario trasferire una delle due ospiti in C.A. per problemi di salute, e per la perdita dell'autonomia. Anche l'altra ospite a distanza di brevissimo tempo la sua situazione socio-sanitaria è precipitata, tanto che nel mese di ottobre la si è dovuta trasferire nella C.A. Per mancanza di richieste di anziani parzialmente autosufficienti si è deciso di chiudere definitivamente il MAP.

Resta aperta la riflessione su un servizio che non è mai veramente decollato, sia per la tipologia di utenza che si è avvicinata al servizio, caratterizzata da grande fragilità, sia perché i MAP non sono mai stati pensati come appartamenti, ma come estensione della comunità alloggio, minandone dall'inizio la funzione. Peccato perché i MAP permettono una reale autonomia, in una situazione garantita, permettendo alle persone di continuare a mantenere le proprie abitudini e capacità.

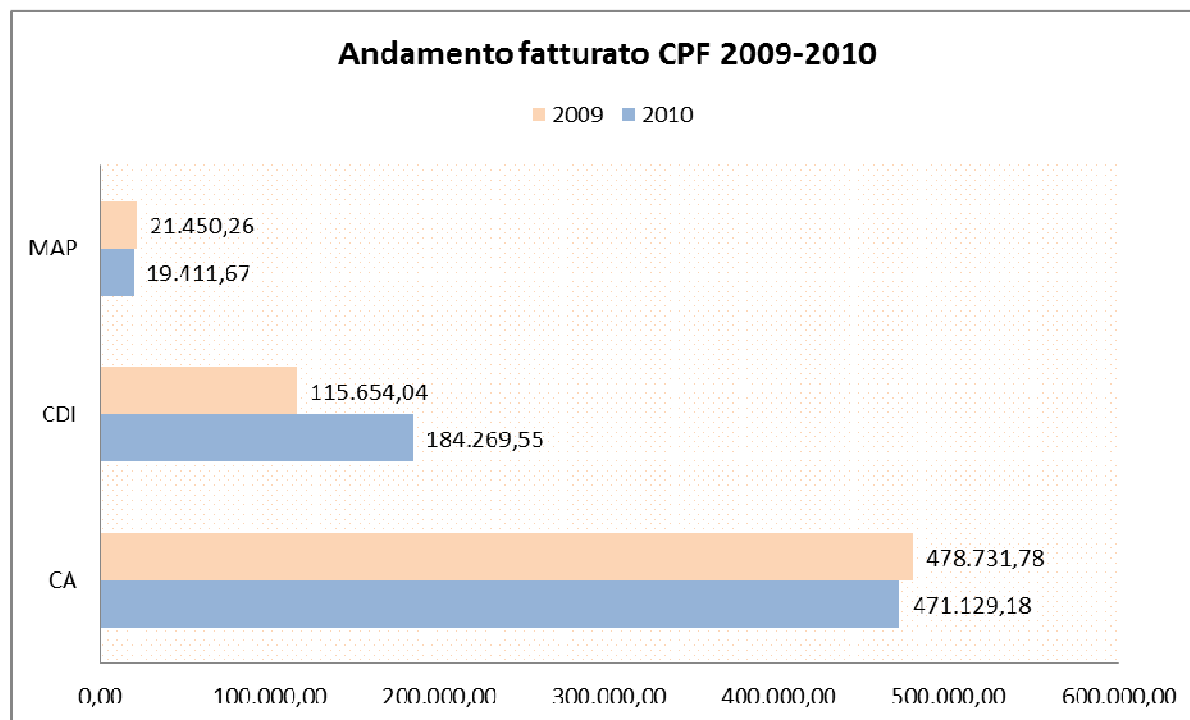
## Equipe del CPF

I tre servizi sono gestiti da un'unica equipe che viene visualizzata nel grafico sottostante



## Valutazione economica

Il CPF in termini assoluti ha guadagnato rispetto al 2009, il fatturato complessivo infatti è passato da 615.836,08 €. a 674.810,40 €. (+58.974,32). Ma analizzando l'andamento dei singoli servizi vediamo che la Comunità Alloggio perde circa 7.602 € i MAP perdono 2.038 €. ed è il CDI che fa guadagnare al settore con + 68.615,51, minimizzando anche la perdita dei servizi residenziali, grazie ad un aumento consistente dell'utenza.



Questo però non è bastato a dare impulso al settore, che chiude in pareggio, infatti parallelamente sono aumentate le uscite per potenziamento del personale. Sono stati aumentati i servizi di cucina e lavanderia e potenziato il personale del CDI.

In particolare si segnala che la diversa organizzazione delle reperibilità notturne, ha inciso sui costi, così come i contratti a tempo pieno dei turnisti, che in realtà erano dei part time (poi modificati da novembre 2010).

Da ultimo hanno inciso sui costi anche i premi legati ai fondi congelati nel 2006 e restituiti al personale del CPF.

## Risultati obiettivi 2010

obiettivi	azioni	risultati
Migliorare le dotazioni del CPF	Adeguare bagno assistito individuare ausili per bagno ad utenti non autosufficienti. Realizzare doccia per il personale Valutare preventivi per rifacimento impianto campanelli	<b>Obiettivo non raggiunto nel 2010.</b>
Individuare modalità organizzative per migliorare l'assistenza nella fascia oraria serale	Potenziare al bisogno il turno serale per la messa a letto	<b>Obiettivo non raggiunto.</b> Modificato orario turno serale per pulizie

Differenziare i servizi del centro polifunzionale, valutando la possibilità di aprire un CDI separato, con specializzazione rispetto alle demenze.	Piano di fattibilità entro luglio 2010 Progettazione del servizio entro settembre 2010	Raggiunto  Approvato progetto servizio e progetto tecnico  Comodato con AOVV
migliorare il passaggio delle informazioni	Attivare una riunione mensile con lo Staff/ Direzione, per informazioni inerenti all'organizzazione generale	Obiettivo non raggiunto.
Migliorare l'acquisizione di informazioni per PAI e verifiche	Attivare una scheda di monitoraggio: mantenimento autonomia ospite elaborazione di un nuovo PAI  Attivare una nuova scheda di valutazione infermieristica, da compilare in occasione di verifica PAI o nuovo PAI, o in caso di cambiamento importante.	Obiettivo non raggiunto.

### Obiettivi operativi del CPF per il 2011:

- riproporre gli obiettivi non raggiunti nel 2010 che sono
  - migliorare il passaggio delle informazioni: attivare una riunione mensile con lo Staff/ Direzione, per informazioni inerenti all'organizzazione generale
  - attivare una scheda di monitoraggio: mantenimento autonomia ospite > per avere una reale fotografia al momento della verifica o per elaborazione di un nuovo PAI
  - attivare una nuova scheda di valutazione infermieristica, da compilare in occasione di verifica PAI o nuovo PAI, o in caso di cambiamento importante.
  - Migliorare gli aspetti logistici (bagno assistito/adequamento docce ospiti sui piani sistema di allarme- campanelli)
- riproporre gli obiettivi formativi non raggiunti nel 2010 che sono
  - corso di aggiornamento per ASA su l'utilizzo degli ausili a disposizione, più un criterio da tenere da parte del personale( postura corretta della schiena, per evitare danni) corso organizzato dalle due fisioterapiste del Centro.
  - corso sulle demenze aperto a tutto il personale d'assistenza, educatrice, fisioterapista e infermiera.
  - corso di aggiornamento per coordinatori
  - corso sul lavoro di gruppo
  - su tematiche legate alla non autosufficienza

## I servizi domiciliari

La domiciliarità rappresenta per L'Arca un chiaro metodo di lavoro ed un'opportunità unica per sviluppare una politica assistenziale quanto più funzionale alle esigenze dei pazienti, richiamando quale concetto fondamentale l'insieme della persona e della salute.

La domiciliarità:

- Consente alla persona di conservare il diritto e la possibilità di scegliere e di decidere della propria vita.
- Rappresenta la possibilità per la persona di vivere in contesti "significativi" mantenendo la "rete della spazialità vissuta": la casa, gli oggetti, i luoghi d'incontro e le relazioni quotidiane, i negozi, i percorsi con i loro colori e i loro odori.
- Non è solo un servizio di assistenza domiciliare, ma comprende una serie di interventi integrati di diversa natura che offrono una completa rete di sostegno alla persona.

### Perché continuare a parlare di domiciliarità?

Perché la domiciliarità è un diritto fondamentale della persona : vivere nella propria casa rappresenta uno dei bisogni primari di ciascuno di noi che ci accompagna anche quando siamo divenuti meno autonomi.

Vivere a casa fa bene, dà sicurezza, rafforza la propria identità.

Al contrario l'istituzionalizzazione ha effetti negativi sulla persona. In una struttura tutti gli aspetti della vita si svolgono nello stesso luogo, lo spazio individuale è ridotto, quasi tutte le attività quotidiane sono vissute in comune con un gran numero di persone, il ritmo delle attività giornaliere è pianificato da altri, il mondo privato è conosciuto da tutti gli operatori, anche nei risvolti più intimi e screditanti.

Molti passi sono stati fatti per garantire la domiciliarità, ma le risposte alternative al ricovero in istituto sono ancora carenti, poco diffuse e scarsamente integrate.

Per questo occorre promuovere la domiciliarità.

### Ma cosa si intende per domiciliarità?

Domiciliarità come dice *Mariena Scassellati* della "*Bottega del possibile*" è:

- lo scenario, il contesto significativo per la persona
- un concetto che richiama la globalità della persona e la globalità della salute.
- un concetto che fa perno sulla casa, ma va oltre la casa
- la cerniera tra individuo e gruppo, tra interno ed esterno
- un diritto della persona che si desidera rendere effettivo.

Per dare significato a queste affermazioni è necessario esplorare alcuni concetti fondamentali : la casa e l'abitare, il territorio, la comunità.

### La casa e l'abitare

La casa quale valore centrale:

- è il luogo della memoria, degli affetti e delle emozioni, una radice che rinsalda e rassicura l'identità personale.
- è lo spazio che ci rappresenta e ci accoglie: "il nostro angolo di mondo", dove sono espressi i nostri valori, gli stili e le abitudini.
- è il luogo che maggiormente ci corrisponde e che meglio conosciamo, dove "possiamo allungare la mano al buio".
- è un anello di congiunzione con l'esterno e un utile strumento che ci permette di gestire le nostre relazioni.

Ma l'abitare e la domiciliarità, benché abbiano nella casa il loro primo punto di riferimento, non riguardano soltanto questa, bensì tutto il contesto territoriale, fatto di relazioni, di luoghi noti e provvisti di significato nella vita quotidiana.

## Il territorio e la comunità

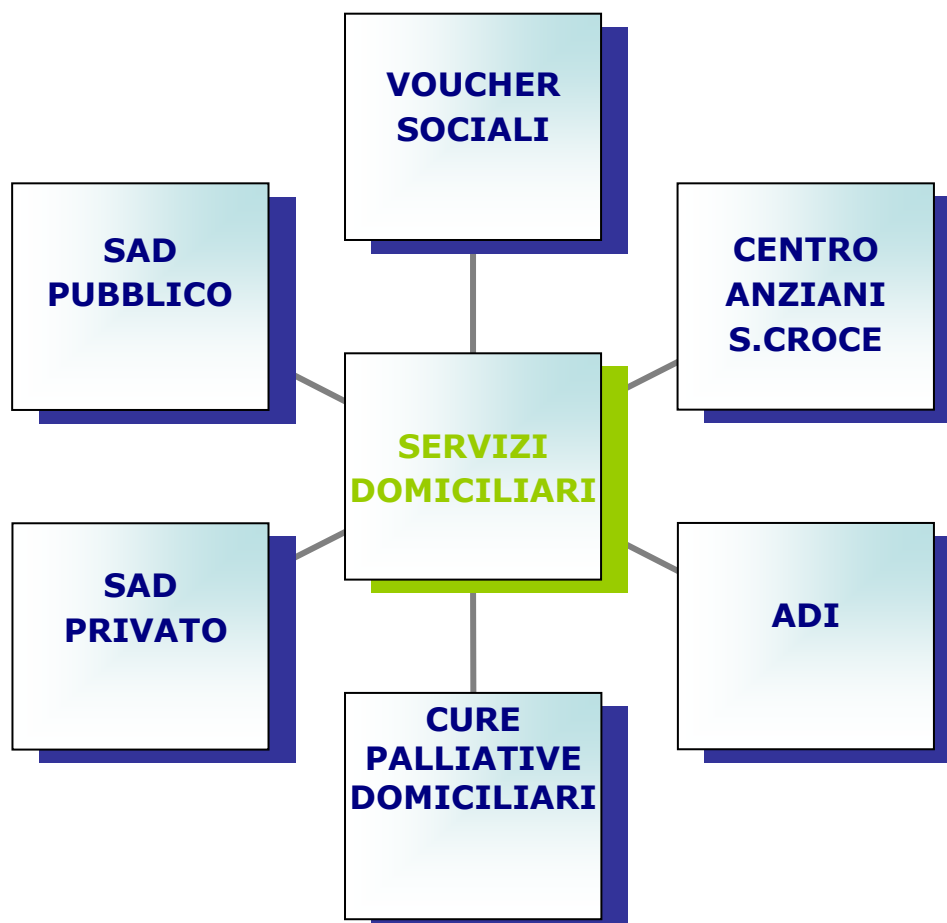
Il territorio è fondamento della *cittadinanza* intesa come possibilità di *riconoscersi* e di *essere riconosciuti*. E' fatto di luoghi dove si rielaborano ricordi. Come la casa, anche la città, il paese, il quartiere, raccontano la nostra esistenza, la lenta costruzione della nostra identità. L'appartenenza è quindi il radicamento nella comunità locale, inteso come "sentirsi a casa", circondati da cose note, da volti noti, che condividono gli stessi luoghi e quindi è al tempo stesso abitativa, relazionale, sociale, culturale.

La politica della domiciliarità è quindi attivazione del contesto territoriale, dalla famiglia alle relazioni con la comunità locale. Promuovere una cultura della domiciliarità significa perciò rinsaldare i legami con il contesto per potere continuare a riconoscersi in esso, mettere al centro delle politiche sociali la persona, con la sua storia, le sue radici, il suo mondo di relazioni.

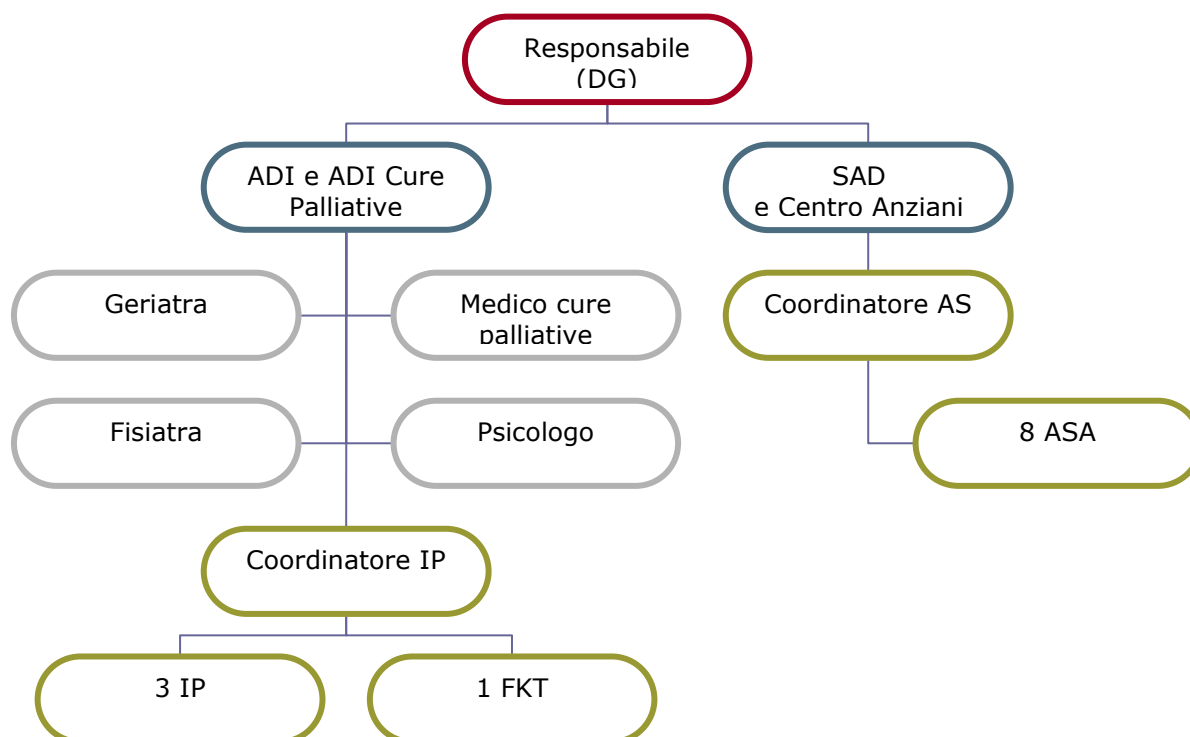
La domiciliarità non deve diventare chiusura entro le mura di casa, ma apertura alle relazioni, al vicinato, all'entrare-uscire di persone, di rapporti, di comunicazione, di aiuto, di risorse ricevute ed offerte. Il tal senso la casa è intesa come un elemento del sistema delle relazioni umane, collegato alla pluralità di altri elementi che compongono il sistema sociale.

La cultura della domiciliarità si pone come soglia, una sorta di mediazione tra interno ed esterno.

## Struttura del servizio



## Equipe servizi domiciliari



L'equipe dei servizi domiciliari e quella dell'ADI sono in parte autonome e in parte interconnesse, in quanto i due coordinatori si confrontano sui casi in comune, dove viene inserita l'ASA.

L'equipe del SAD, si è arricchita di due operatori, e, dopo un periodo di turnover, si è stabilizzata.

L'equipe dell'ADI è rimasta la stessa del 2009, solo sono state avviate collaborazioni dirette con alcuni specialisti: Medico cure palliative, Medico geriatra, Psicologo, in quanto è stata interrotta la convenzione con l'Associazione "Cancro Primo Aiuto", mentre si è mantenuta ancora per il 2010 la convenzione con l'Associazione "Siro Mauro", per i volontari e una supervisione tecnica, che non si è mai concretizzata.

## Il Servizio di Assistenza Domiciliare socio assistenziale

E' un aiuto professionale offerto alla persona in situazione di bisogno o di difficoltà nelle cure personali o nella gestione delle attività della vita quotidiana. Attraverso interventi socio assistenziali, di supporto domestico e di riattivazione sociale, si integrano le abilità perse o diminuite e si organizza lo spazio, le relazioni familiari, le condizioni di autosufficienze e di salute, avvalendosi anche della collaborazione dei familiari. L'assistenza domiciliare è un servizio che consente ai soggetti non autosufficienti di restare nel proprio ambito sociale e abitativo il più a lungo possibile, evitando il ricorso a soluzioni istituzionali mettendo a loro disposizione una persona in grado di aiutarli nelle cure personali, nel disbrigo delle faccende domestiche e nelle necessità legate alla vita quotidiana. La Cooperativa ritiene strategico mantenere la gestione dei servizi domiciliari che consentono un'alternativa al ricovero in istituto e nel contempo permettono di avere un osservatorio dei bisogni del territorio che offre la possibilità di orientare meglio le risposte e di elaborare progetti di intervento in sintonia con

l'evolvere della domanda. L'ipotesi di qualità sostenuta nei servizi domiciliari parte dal presupposto secondo cui l'individuazione dei bisogni del cliente/utente rappresenta il perno intorno cui si sviluppa la qualità di un servizio.

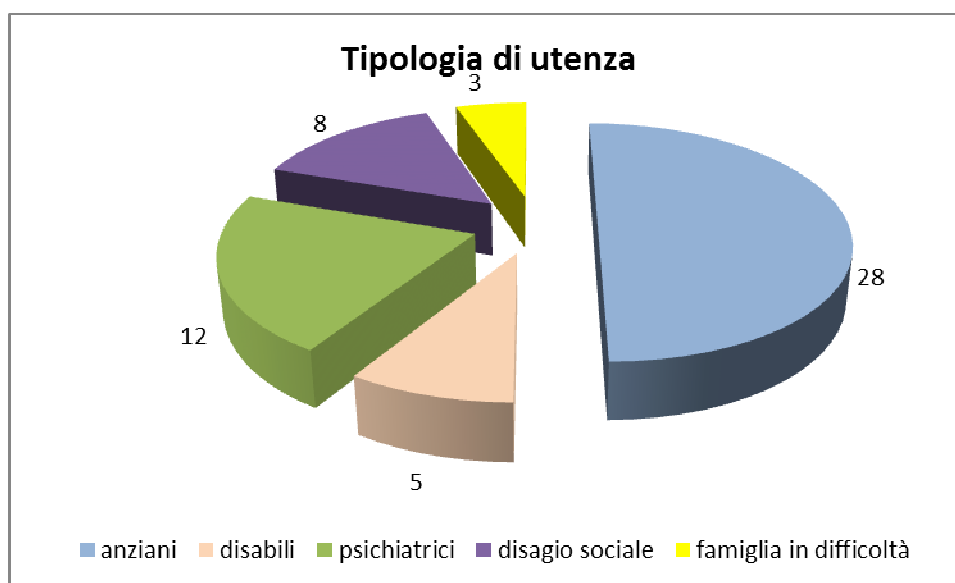
Il SAD si articola in diverse forme organizzative, anche se mantiene un'unica struttura ed un'unica équipe:

- **SAD pubblico**, in appalto con la Comunità Montana Valchiavenna (anni 2010-2011)
- **SAD erogato tramite voucher sociali**, in regime di accreditamento con la Comunità Montana Valchiavenna
- **SAD privato**

## Gli utenti

	UTENTI 2010	UTENTI al 31/12/2010
SAD pubblico	22	19
SAD erogato tramite voucher sociali	27	15
SAD privato	7	3
Totale utenti	56	37

## Tipologia



	anziani	disabili	psichiatrici	disagio sociale	famiglia in difficoltà	totale
SAD	9	2	5	5	1	22
VOUCHER	15	1	6	3	2	27
SADP	4	2	1			7
TOTALE	27	5	12	8	3	55

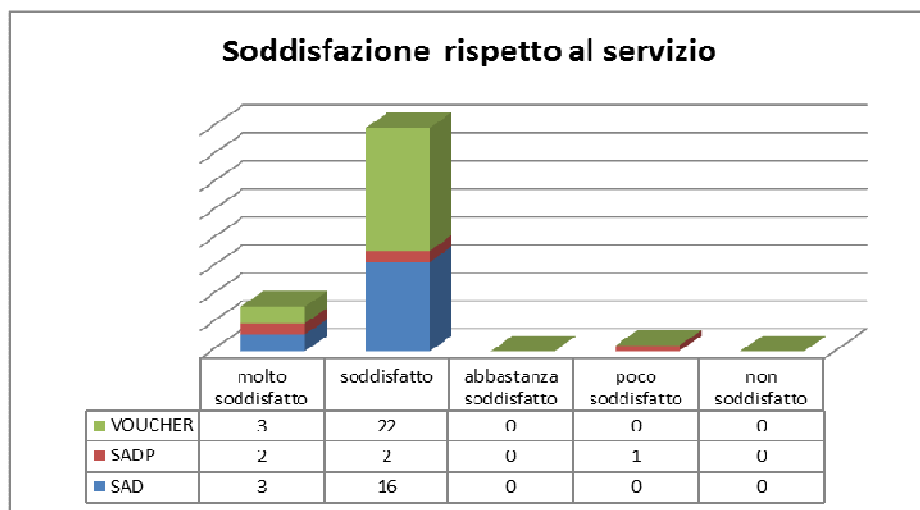
Ne SAD il 50% è rappresentato da anziani, il 21% da pazienti psichiatrici che uniti al 14% di utenti con disagio sociale, portano al 35% la quota di utenti problematici. Il 9% è rappresentato da disabili e solo il 5% da famiglie con disagio (considerando che una famiglia è passata dai voucher al SAD)

## La percezione del servizio da parte dell'utenza

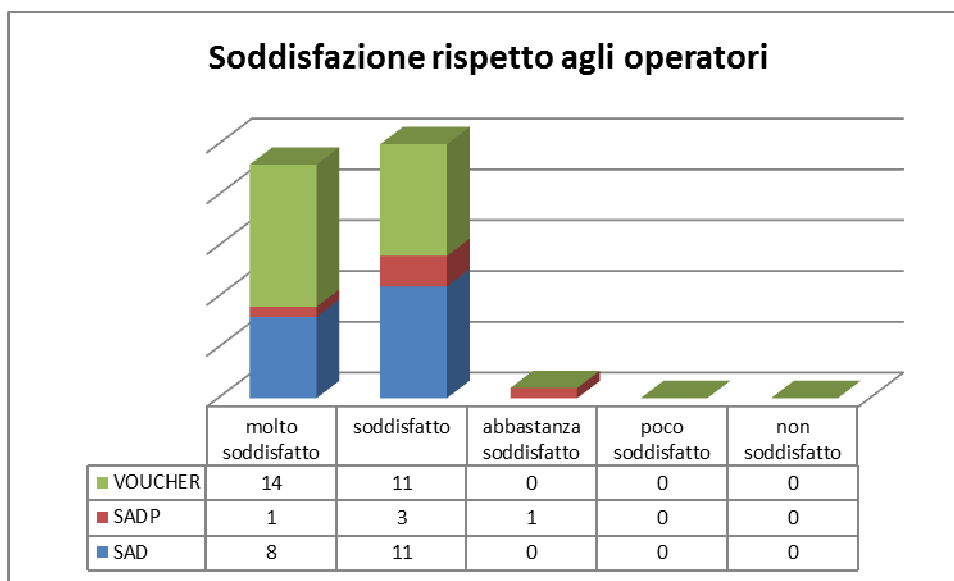
Nel SAD sono stati compilati 49 questionari su 55 utenti (90%), 25 per i voucher sociali, 19 per il SAD pubblico e 5 per i privati. Non sono stati proposti i questionari agli utenti presi in carico negli ultimi mesi dell'anno, a quelli con servizio inferiore ad un mese.

Le risposte sono state fornite in 33 casi dall'utente e in 16 dai familiari.

La soddisfazione rispetto al servizio è molto elevata, quasi tutti gli utenti si dichiarano soddisfatti o molto soddisfatti del servizio nel suo complesso, 1 solo si dichiara poco soddisfatto, ed è l'utente con cui a fine anno si è interrotto il contratto per incompatibilità.



Anche la soddisfazione rispetto agli operatori è elevata, con diverse risposte "molto soddisfatto" (23).



Gli aspetti che l'utenza maggiormente apprezza sono :

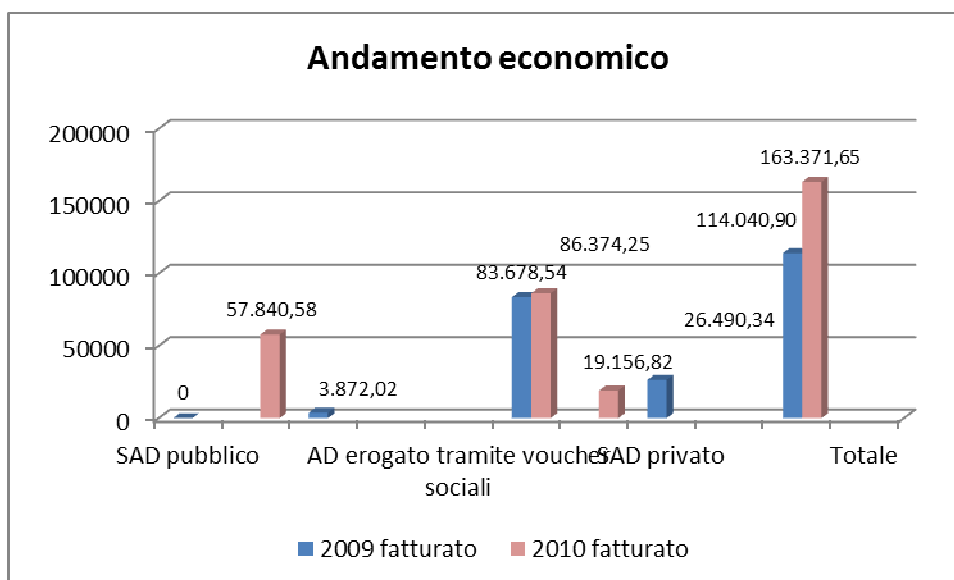
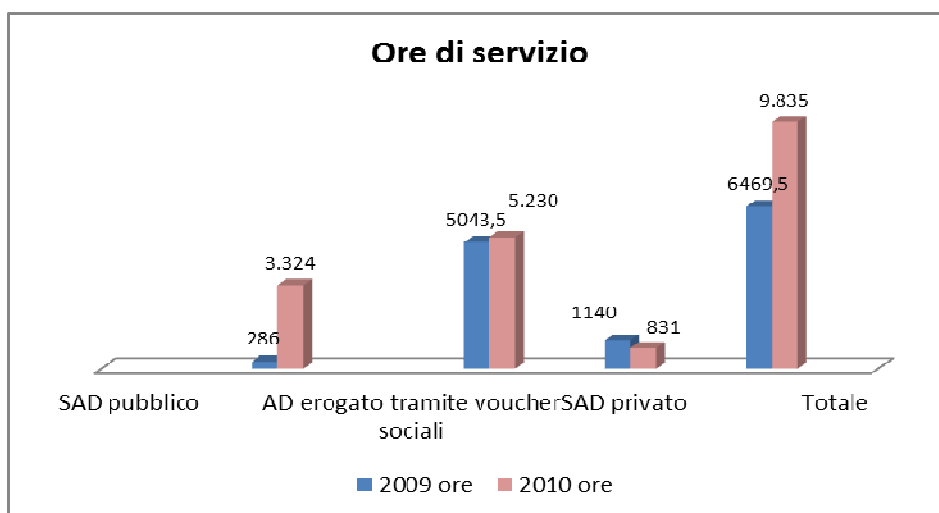
- 08 garanzia presenza costante, sicurezza e sostegno
- 01 permette di stare a casa
- 04 professionalità
- 01 garanzia pasto caldo brave le ASA
- 02 servizio garantisce ciò che non riesco a fare
- 03 disponibilità/umanità
- 02 affidabilità /tranquillità

## L'andamento nel 2010

Il servizio pubblico che, raccoglieva circa la metà delle ore di servizio, dopo 22 anni di rapporto con i comuni, si è chiuso nel mese di gennaio 2009, per la perdita della gara d'appalto, che per la prima volta veniva proposta a livello associato, come Comunità



Montana. L'impatto pur importante, non ha destabilizzato il servizio, che ha continuato a crescere grazie ai voucher sociali, pertanto anche il personale è rimasto quasi completamente in organico. Solo da settembre sono diminuiti tutti i servizi, creando molta preoccupazione. Tuttavia avendo vinto in dicembre l'appalto per i servizi pubblici per il biennio 2010'-2011, la situazione si è assestata, con una buona prospettiva di ripresa del settore nel 2010. E' stata mantenuta invece la convenzione con il Comune di Piuro per l'attività di animazione all'interno del Centro Anziani di Santa Croce. Nel 2010 sono lievemente aumentate le ore dei voucher, lievemente diminuite quelle private, e, in forza della vincita dell'appalto per il SAD pubblico, fortemente aumentate quelle sul SAD.



Il 2010 chiude ancora con una perdita di - 4.236,88 contro i - 12.602,49 del 2009, perdita che era stata ponderata al momento della gara d'appalto, fatto conferma che comunque, anche in presenza di margini riotti, il numero di ore annue fa la differenza, diminuendo i costi generali di gestione (sede, coordinamento, ecc.).

### Criticità

Le criticità sono per lo più di tipo economico ed organizzativo, ma anche legati alla tipologia di utenza seguita :

- Dispersione del territorio, che richiede notevoli spostamenti e costi elevati per la cooperativa e disagi/costi per gli operatori

- Valutazione dei profili e attribuzione del monte ore sul caso, limitati rispetto alle esigenze dell'utenza
- Tempi troppo ridotti in relazione agli spostamenti (mezzora - 45' anche più volte al giorno)
- Domeniche e festivi che sono diseconomici (poche ore elevati spostamenti ex. - incidenza delle maggiorazioni). Inoltre i festivi richiedono un giorno di recupero, creando difficoltà organizzative, su un gruppo così ristretto.
- Aumento dei casi di utenti soli o con reti familiari inadeguate o problematiche, che aumentano la pressione sull'operatore
- 

## **Il Servizio Assistenza Domiciliare Integrata socio-sanitario (ADI)**

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata consiste nell'invio al domicilio dell'Assistito di Operatori Professionali specificatamente preparati, formati ed attrezzati, appropriatamente coordinati tra loro, al fine di garantire la presa in carico globale del paziente e dei suoi bisogni, ed il miglioramento o mantenimento del suo stato di salute. L'obiettivo delle cure domiciliari è quello di mantenere la persona assistita presso il proprio domicilio garantendo continuità assistenziale, favorendo il recupero delle capacità di autonomia e di relazione, migliorando la qualità di vita e sostenendo i familiari nel percorso di cura, trasmettendo loro eventuali competenze utili per una autonomia di intervento, l'assistenza sanitaria e socio assistenziale al paziente che, in base alla valutazione clinica, può essere curato al proprio domicilio, evitando il ricovero in ospedale o in altra struttura residenziale. Il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata viene erogato attraverso il "voucher socio-sanitario", in regime di accreditamento con l'ASL della Provincia di Sondrio.

Una declinazione dell'ADI sono le cure palliative domiciliari, che consistono nell'assistenza globale dei pazienti terminali, quando la malattia non risponde più alle terapie ed il controllo del dolore, dei sintomi e degli aspetti emotivi e psicologici diventa predominante. Con le cure palliative domiciliari ci si prende cura del malato fino all'ultimo istante di vita, nel pieno rispetto della sua autonomia e dei suoi valori e di quelli dei suoi familiari. La finalità è quella di rendere possibile, insieme ai medici di famiglia, una fase terminale del paziente serena, contrastando i sintomi fastidiosi, accompagnando il malato ed aiutando la famiglia a sostenere il dramma di curare un "morente". Prendersi cura delle persone che attraversano l'ultima parte della loro vita da malati significa dare una risposta a quei pazienti ed alle loro famiglie che chiedono un futuro, ancorché breve, il migliore possibile. L'ADI cure palliative è un servizio domiciliare che si pone i seguenti obiettivi:

- Assistere al domicilio i malati terminali di tutte le età, attraverso l'erogazione coordinata di cure mediche, infermieristiche, socio assistenziali, psicologiche e riabilitative, qualificate e adeguate 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.
- Accompagnare la persona ad una morte la più dignitosa possibile (senza dolore e altri sintomi)
- Offrire sostegno al malato terminale e ai familiari nella fase assistenziale e nella fase del lutto.

Dal 2010, pur mantenendo due accreditamenti separati, l'ADI e le CP vengono considerati insieme a livello contrattuale e di budget. Questo aspetto è di grade importanza in quanto in passato si rischiava di superare il budget nell'ADI e di rimanere al di sotto nelle CP, con una perdita economica sull'ADI, non potendo fatturare l'eccedenza.

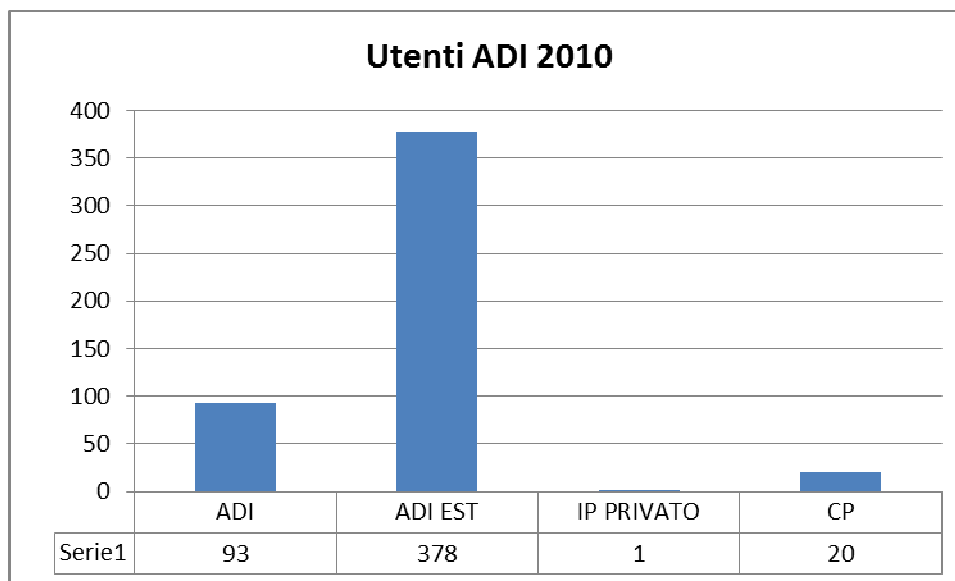
Sono stati riuniti i due servizi anche a livello di rendicontazione e di obiettivi.

Operativamente, pur avendo la gran parte del personale comune, le due equipe si incontrano separatamente e si differenziano rispetto agli specialisti.

### Gli utenti e l'andamento

Gli utenti nel 2010 sono stati complessivamente 492, 93 per i voucher e i credit e 378 per le prestazioni estemporanee, 1 privato e 20 per le cure palliative.

L'andamento dell'ADI nel 2010 è stato positivo, in crescita rispetto al 2009, sia rispetto al numero di utenti che rispetto al fatturato.



### Andamento economico

Nel 2010 l'ADI ha lievemente incrementato il fatturato, passando a 178.533,04 contro i 174.637,83 del 2009. Tuttavia questo non è bastato per pareggiare i conti, che chiudono con una perdita di 2.263,00 €. La perdita è dovuta ai maggiori costi sostenuti per specialisti (MCP, Psicologo) e maggiori spese per materiale sanitario.

### Criticità

L'ADI, attivo da ormai cinque anni, è oggi un servizio apprezzato sul territorio e stabilizzato, tuttavia permangono alcune criticità:

- Concorrenza da parte dell'altra cooperativa accreditata
- Rapporto con i medici di base non ancora consolidato
- Scarsa visibilità dell'Arca sui servizi domiciliari
- Costi elevati soprattutto dei servizi riabilitativi e dei materiali sanitari.

Rispetto alle cure palliative, servizio grandemente apprezzato dalle famiglie, le criticità sono più di tipo culturale, sia da parte della cittadinanza che dei sanitari (MMG-Ospedale):

- N° limitato di attivazioni rispetto alle esigenze
- Attivazioni troppo tardive che limitano la possibilità di presa in carico del paziente e della famiglia e troppo affrettate
- Insufficiente attivazione del medico palliativista, visto più come un concorrente che come un consulente/collaboratore.
- Costi elevati del servizio
- Limitato sostegno al lutto.

## Obiettivi operativi Servizi Domiciliari 2011

### Risultati 2010 assegnati dall'ASL

obiettivi	indicatori	specifiche	risultati 2010
Agevolare la scelta dell'utente e/o suo familiare dell'Ente Erogatore Accreditato per il voucher socio-sanitario	Carta dei Servizi	Il criterio è soddisfatto qualora ogni Commissione di Valutazione Distrettuale sia dotata della Carta dei servizi da distribuire all'utente e/o suo familiare entro il 31.12.2010	Carta del servizio consegnata alla CVD. Nuova Carta del servizio verrà consegnata a breve
Garantire la continuità assistenziale degli utenti in carico a seguito di ricovero ospedaliero con ripresa delle cure nel più breve tempo possibile dopo la dimissione	Presenza di una procedura in cui siano specificate le modalità e le azioni con le quali l'Ente Erogatore garantisce il mantenimento della continuità assistenziale	Il criterio è soddisfatto quando l'Ente Erogatore abbia adottato la procedura e ne abbia inviato una copia al Dipartimento ASSI entro il 31/12/2010	La procedura è stata adottata a fine novembre, ma è stata inviata in gennaio.

### Risultati obiettivi operativi

Obiettivi	Azioni di miglioramento	Risultati
Stabilizzare l'equipe, attraverso la ricerca di personale motivato e disposto a lavorare a domicilio	Almeno 1 unità a part time	<b>Obiettivo raggiunto:</b> acquisite 2 nuove unità a part time
Contenere i costi, attraverso una programmazione attenta degli interventi, che sia per i voucher sociali, che per l'ADI, hanno margini di flessibilità	Pareggio di bilancio del centro costo SAD. 10% utile ADI/CP	<b>Obiettivo non raggiunto:</b> - il SAD è ancora in perdita, anche se in misura decisamente minore rispetto al passato - l'ADI ha registrato una lieve perdita
Riconoscimento di parte del tempo dei trasferimenti sulle tratte più lunghe	50% tempo di trasferimento retribuito se > 30'	<b>Obiettivo raggiunto</b>
Aumento rimborso km.	Da 0,23 € ad almeno 0,25 € al Km	<b>Obiettivo raggiunto</b>
Acquisire maggior visibilità come servizi domiciliari	Ricerca sede più centrale pubblicità	<b>Obiettivo parzialmente raggiunto:</b> - comodato con AO, ma trasferimento della sede nel 2011 - pubblicità non realizzata, in attesa di trasferimento

Ampliare l'offerta di servizi aperti alla cittadinanza	Apertura ambulatorio all'esterno Apertura centro consulenza geriatria e counselling Apertura palestra e servizio riabilitativo territoriale Corsi ginnastica per anziani Formazione familiari	<b>Obiettivo parzialmente raggiunto:</b> - finanziato progetto - acquisite sede e attrezzature - servizi non avviati nel 2010
Migliorare la presa in carico degli utenti con disagio sociale, handicap e disagio psichico	Corso di formazione Supervisione	<b>Obiettivo raggiunto:</b> - corso di formazione per tutta l'equipe - supervisione trimestrale
Sperimentare nuove modalità di erogazione di servizi domiciliari privati o in partnership con EELL	assistenza domiciliare ad anziani con demenza operatore per la domiciliarità	<b>Obiettivo non raggiunto e non raggiungibile a breve</b>

## Nuovi obiettivi 2011

Obiettivi	Azioni di miglioramento
Contenere i costi, attraverso una programmazione attenta degli interventi, che sia per i voucher sociali, che per l'ADI, hanno margini di flessibilità raggiungendo il pareggio di bilancio in entrambi i settori	- Contenere i costi della formazione - Modificare la frequenza delle riunioni - Riorganizzare il servizio su base territoriale, per ridurre i costi di spostamento - Accorpate, ove possibile i servizi e gli orari - Programmare gli interventi dei consulenti - Contenere i costi dei materiali igienico-Sanitari
Acquisire maggior visibilità come servizi domiciliari	- Trasferimento nella nuova sede, più centrale - Campagna pubblicitaria nuova sede e nuovi servizi
Ampliare l'offerta di servizi aperti alla cittadinanza	- Apertura ambulatorio e palestra all'esterno - Apertura sportello counselling - Corsi ginnastica per anziani c/o nuova sede e/o sul territorio - Formazione familiari e anziani
Sviluppare il servizio ADI	- Pubblicizzare il servizio - Distribuire depliant e carta del servizio - Attivare iniziative pubbliche - Coinvolgimento MMG
Migliorare il servizio di cure palliative	- Migliorare la presa in carico e l'informazione dei familiari - Far crescere volontari interni all'equipe - Attivare forme di collaborazione con i MMG - Sensibilizzare la cittadinanza vs cure palliative - Pubblicizzare il servizio di CP
Sperimentare nuove modalità di supporto al lutto	-Serata informativa -Pacchetto di colloqui di supporto al lutto -Collaborazione con gruppo di AMA "Spiragli di luce"

## Altri servizi e attività

### Soggiorno marino anziani

La Cooperativa, nell'ambito del turismo sociale, gestisce soggiorni vacanze per gli anziani in località marine o termali o in altre località, in modo autonomo o in collaborazione con gli enti locali del territorio. Dal 2004 gestisce il Soggiorno Marino Anziani su incarico dei comuni della Valchiavenna. Il Soggiorno marino è rivolto a coloro i quali:

- ritengono che la vacanza possa creare occasioni di socialità, di arricchimento culturale e di interazione con il territorio che li ospita.
- mantengono la voglia di viaggiare, divertirsi e prendersi cura di sé e della propria salute.
- vogliono approfittare di un'organizzazione completa del viaggio e del soggiorno che tenga in considerazione i singoli problemi sanitari e di autonomia personale.

Obiettivi	Azioni di miglioramento	Risultati
Sperimentare nuove partnership e nuove modalità di erogazione	Collaborazione con Sinferie  Sperimentazione altre tipologie di soggiorno, in periodi differenti	Obiettivo raggiunto  Obiettivo non raggiunto

Per il 2011 si proseguirà convenzione con Sinferie, in un unico turno, in quanto più periodi sono troppo impegnativi a livello organizzativo

### Servizio riabilitativo c/o Istituto Sacra Famiglia

Anche nel 2010 è proseguita la collaborazione con l'Istituto Sacra Famiglia di Mese per le attività riabilitative. Il servizio gestito interamente da nostre Fisioterapiste, comprende sia trattamenti riabilitativi individuali, sia una supervisione al personale riguardo alla corretta mobilizzazione degli ospiti. L'ISF ospita una ventina di anziane del territorio più le suore divenute non autosufficienti (l'Istituto è la Casa Madre della Congregazione).

## RISORSE DELLA RETE

### Mappa degli stakeholders

Il termine stakeholder indica i portatori di interesse ovvero ogni gruppo o individuo che può influenzare o essere influenzato dalle attività della Cooperativa.

STAKEHOLDERS	questioni nodali
<b>UTENTI</b>	Qualità del servizio: risulta fondamentale la progettazione e realizzazione di un servizio rispondente alle attese degli utenti e alla possibilità che essi siano promotori attivi nella risposta ai propri bisogni
<b>SOCI</b>	La valorizzazione delle risorse umane, mediante il coinvolgimento nei momenti decisionali e nell'attivazione di nuove progettazioni e risposte a nuovi bisogni, mediante la costante applicazione del contratto e del regolamento interno, e la gestione democratica e partecipata. Formazione permanente
<b>LAVORATORI</b>	Costante applicazione del contratto -Formazione permanente
<b>VOLONTARI</b>	Incremento del volontariato - Formazione volontari Collaborazione con associazioni
<b>RETI NON PROFIT</b>	Collaborazione e integrazione nel sistema cooperativo, fornendo il proprio contributo per la creazione di un'impresa a rete.
<b>AMMINISTRAZIONI LOCALI</b>	Partecipazione attiva alla realizzazione del principio di sussidiarietà Co-progettazione nell'ottica di una risposta ampia ai bisogni rilevati,
<b>SINDACATI</b>	Applicazione del contratto Collaborazione su progetti/azioni
<b>FINANZIATORI</b>	Individuazione di partner eticamente compatibili
<b>DONATORI</b>	Ricerca nuovi donatori Fidelizzazione Campagne promozionali
<b>COMUNITÀ LOCALI</b>	Attivazione e partecipazioni a reti informali
<b>FORNITORI</b>	Individuazione di soggetti che condividano sistemi di valori riconoscibili.

### I Committenti

L'avvio dell'attività è avvenuta in collaborazione con gli Enti Pubblici della Valchiavenna, in particolare Comunità montana e Comuni e successivamente con l'ASL. Questa collaborazione continua tuttora attraverso :

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

## L'Ufficio di Piano

La Cooperativa intrattiene costanti rapporti con l'Ufficio di Piano sia rispetto alle attività tecniche legate ai servizi sia alla partecipazione ai tavoli di settore, dove la Cooperativa partecipa alla programmazione zonale (Tavolo Area Anziani).

La partecipazione ai tavoli di settore rappresenta un'occasione importante per contribuire a definire le politiche sociali.

## Partecipazione al 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.

A metà anno si è concluso il percorso di distacco dal Consorzio Sol.Co Sondrio, decisione legata al venir meno della condivisione delle scelte di politica sociale ed economica portata avanti dallo stesso.

## Le altre collaborazioni

L'Arca fa parte e collabora con **l'Associazione Alzheimer e Demenze Provincia di Sondrio**. Nata per volere di un gruppo di familiari di Sondrio e Provincia, l'Associazione si pone come obiettivi di permettere un confronto e di dare sostegno a tutti coloro che vivono ogni giorno a contatto con questo vero e proprio dramma sociale degli ultimi decenni.

Senza fini di lucro e con l'azione diretta personale e gratuita dei propri aderenti, opera nei settori segretariato sociale, formazione e informazione, tutela dei diritti civili.

L'Arca nel settembre 2009, in occasione della Giornata Mondiale dell'Alzheimer ha raccolto fondi (circa 1.200,00 €) a favore dell'Associazione per promuovere iniziative a favore dei malati e a sostegno delle famiglie, all'interno della manifestazione "Una mela per l'Alzheimer".

### 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 2009 sono stati 12, quattro donne e 8 uomini.

La Cooperativa collabora stabilmente da anni con alcuni volontari. Si tratta di persone che al momento della pensione o dopo aver avuto un'esperienza con la Cooperativa per un proprio congiunto, hanno dato la propria disponibilità di tempo a favore degli anziani del Centro Polifunzionale.

In totale i volontari nel 2009 sono stati 12, quattro donne e 8 uomini.

Tutti gli uomini invece, una settimana a turno, hanno garantito per tutto l'anno il servizio di trasporto con il pulmino per il Centro Diurno Integrato, per un totale di oltre 500 ore di servizio volontario.

Alcuni di loro hanno poi offerto la propria esperienza e competenza per la manutenzione ordinaria, lavori di giardinaggio e lavori di falegnameria.



Nel 2010 si è conclusa la collaborazione con l'Associazione "Cancro Primo Aiuto" che ha sostenuto la Cooperativa nell'avvio delle cure palliative domiciliari, in quanto di è ritenuto più opportuno rendersi autonomi organizzativamente ed economicamente.

La cooperativa per tutto il 2010 ha collaborato con l'Associazione "**Siro Mauro**" per le cure palliative domiciliari, pur riducendo gradualmente la collaborazione.

Occorrerà nel futuro attivarsi per creare un volontariato d'appoggio, interno alla cooperativa.

## RELAZIONE ECONOMICA

### Rendicontazione economica

Il bilancio 2010 chiude con una modesta perdita, - 1.612,27.

#### Valore della produzione

Dal raffronto con i tre anni precedenti vediamo che il fatturato ha continuato a crescere. Nel 2010 tutti i servizi erano o privati o accreditati, ad eccezione dell'appalto con la Comunità Montana per il SAD

<b>A</b>	<b>Produzione ricchezza economica</b>	<b>Anno 2008</b>	<b>Anno 2009</b>	<b>Anno 2010</b>
	Privati e famiglie	559.176,00	617.188,00	637.752,00
	Imprese private			
	Consorzio			
	Enti pubblici e aziende sanitarie	289.949,00	246.870,00	300.309,00
	Contributi pubblici	51.763,00	61.890,00	98.756,00
	Finanziatori			
	Donazioni private (compreso 5 per mille)	2.685,00	8.900,00	3.865,00
	Rimanenze finali			
	Altri proventi (proventi straordinari, proventi vari)	2.153,00	170,00	414,00
	Altro	-	-	-
	<i>Totale</i>	<i>905.726,00</i>	<i>935.018,00</i>	<i>1.041.096,00</i>
<b>B</b>	<b>Costi da economie esterne e ammortamenti</b>	<b>Anno 2008</b>	<b>Anno 2009</b>	<b>Anno 2010</b>
	Fornitori di beni da economie esterne	221.683,00	218.716,00	263.130,00
	Variazione rimanenze iniziali/finali per materie prime e merci	181,00	726,00	52,00
	Ammortamenti e accantonamenti	21.955,00	26.344,00	26.335,00
	Oneri straordinari	661,00	-	529,00
	Altro	-	-	-
	<i>Totale</i>	<i>244.480,00</i>	<i>244.334,00</i>	<i>290.046,00</i>
<b>C = A-B</b>	<b>Valore aggiunto</b>	<b>Anno 2008</b>	<b>Anno 2009</b>	<b>Anno 2010</b>
	<i>Totale</i>	<i>661.246,00</i>	<i>690.684,00</i>	<i>751.050,00</i>

## Distribuzione del valore aggiunto

<b>D Sistema cooperativo</b>	<b>Anno 2008</b>	<b>Anno 2009</b>	<b>Anno 2010</b>
Consorzio di riferimento	5.101,00	4.533,00	-
Cooperative sociali	-	-	-
Cooperative non sociali	-	-	-
Centrale cooperativa	1.854,00	1.954,00	2.127,00
Centro servizi centrale cooperativa	13.228,00	13.876,00	14.879,00
Altro	-	-	-
<i>Totale</i>	<i>20.183,00</i>	<i>20.363,00</i>	<i>17.006,00</i>
<b>E Finanziatori</b>	<b>Anno 2008</b>	<b>Anno 2009</b>	<b>Anno 2010</b>
Finanziatori ordinari	18.827,00	12.382,00	9.330,00
Finanziamento dai soci	-	-	-
Finanziatori di sistema ed etici	-	-	-
Finanziatori pubblici	-	-	-
<i>Totale</i>	<i>18.827,00</i>	<i>12.382,00</i>	<i>9.330,00</i>
<b>F Lavoratori</b>	<b>Anno 2008</b>	<b>Anno 2009</b>	<b>Anno 2010</b>
Dipendenti soci (comprensivo di TFR)	438.494,00	460.677,00	721.125,00
Dipendenti non soci	184.218,00	188.411,00	
Ristorni ai soci lavoratori	-	-	-
Svantaggiati	-	-	-
Parasubordinati	-	-	-
Collaboratori	-	-	-
Occasionali	-	-	-
Tirocini formativi	-	-	-
Amministratori e sindaci	-	-	-
Volontari	-	-	-
Altro	-	-	-
<i>Totale</i>	<i>622.712,00</i>	<i>649.088,00</i>	<i>721.125,00</i>

<b>G</b>	<b>Comunità territoriale</b>	<b>Anno 2008</b>	<b>Anno 2009</b>	<b>Anno 2010</b>
	Associazioni e soggetti del terzo settore	-	-	-
	Altro	-	-	-
	<i>Totale</i>	-	-	-
<b>H</b>	<b>Soci</b>	<b>Anno 2008</b>	<b>Anno 2009</b>	<b>Anno 2010</b>
	Costi per iniziative rivolte a tutta la base sociale	-	-	-
	Ristorni destinati ai soci	-	-	-
	Altro	-	-	-
	<i>Totale</i>	-	-	-
<b>I</b>	<b>Enti pubblici</b>	<b>Anno 2008</b>	<b>Anno 2009</b>	<b>Anno 2010</b>
	Tasse	4.854,00	5.035,00	5.201,00
	Altro	-	-	-
	<i>Totale</i>	<i>4.854,00</i>	<i>5.035,00</i>	<i>5.201,00</i>
<b>L</b>	<b>Cooperativa</b>	<b>Anno 2008</b>	<b>Anno 2009</b>	<b>Anno 2010</b>
	Ristorni destinati ad incremento capitale sociale	-	-	-
	Utile esercizio / perdita	5.330,00	3.816,00	1.612,00
	<i>Totale</i>	<i>5.330,00</i>	<i>3.816,00</i>	<i>1.612,00</i>
<b>M = D+E+F+ G+H+I+L</b>	<b>Valore aggiunto</b>	<b>Anno 2008</b>	<b>Anno 2009</b>	<b>Anno 2010</b>
	<i>Totale valore aggiunto</i>	<i>661.246,00</i>	<i>690.684,00</i>	<i>751.050,00</i>

## Produzione e distribuzione ricchezza patrimoniale

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

<b>N RISTORNO AI SOCI</b>	<b>Anno 2008</b>	<b>Anno 2009</b>	<b>Anno 2010</b>
Ristorni	-	-	-

<b>P PATRIMONIO</b>	<b>Anno 2008</b>	<b>Anno 2009</b>	<b>Anno 2010</b>
Immobilizzazioni immateriali	4.004,00	3.937,00	2.051,00
Immobilizzazioni materiali	704.674,00	684.714,00	669.838,00
Immobilizzazioni finanziarie	5.750,00	6.160,00	662,00
<i>Totale</i>	<i>714.428,00</i>	<i>694.811,00</i>	<i>672.551,00</i>

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

## Donatori e contributi a fondo perduto

Nel 2010 la Cooperativa ha ricevuto donazioni da privati, per totali €. 2.500,00 dal Centro Anziani di Novate per il servizio di cure palliative.

Nel 2010 sono stati assegnati i contributi del 5 x 1000 per il 2009 pari a 3.600,00 €.

## PROSPETTIVE FUTURE

### Considerazioni sui servizi e prospettive future

#### Riflessioni sul futuro del Centro Polifunzionale

Il CPF rappresenta un sistema di servizi ormai consolidato e apprezzato sul mercato. Ne sono testimonianza le valutazioni ampiamente positive espresse dalle famiglie e dall'utenza nei questionari di soddisfazione, le accoglienze ricorrenti di un'utenza ormai fidelizzata e le richieste di nuova accoglienza, anche se nell'ultimo anno l'andamento delle richieste e delle presenze, come abbiamo visto, è stato discontinuo. Permangono i problemi già evidenziati da alcuni anni relativi alla gestione indifferenziata dei tre servizi, soprattutto in relazione alla presenza sempre più consistente di ospiti del CDI con demenza. L'avvio del progetto di separazione del CDI, con la creazione del nuovo centro specializzato nel trattamento delle demenze, potrà cominciare ad alleggerire i problemi del CPF.

All'interno del CPF:

- si conferma la tendenza ad un incremento di richieste provenienti da un'utenza sempre più compromessa, che rischia di sovraccaricare servizi pensati e organizzati per un'utenza più leggera.
- aumentano i casi di demenza sia per la CA che per il CDI
- si verificano più frequentemente periodi con cali significativi delle domande di accoglienza, anche in relazione al costo del servizio e alla crisi che colpisce le classi a minor reddito
- permane una quota, se pur piccola, di utenti con residua autonomia e capacità cognitive conservate
- permane il problema della legittimazione della comunità alloggio

Le famiglie, a cui tradizionalmente è stato delegato il compito di prendersi cura della "fragilità", hanno sempre minori risorse per sostenere l'assistenza perché le trasformazioni demografiche e socio-economiche hanno indebolito le capacità di cura, per una serie di ragioni:

- l'aumento dell'occupazione femminile, fattore irrinunciabile sia per l'autorealizzazione della donna che per la sostenibilità economica della famiglia, ha di fatto ridotto la disponibilità di tempo da destinare alla cura;
- l'innalzamento dell'età media in cui le donne decidono di avere figli aumenta la probabilità di doversi contemporaneamente fare carico di due tipologie di cura (i genitori anziani e i figli ancora piccoli);
- le reti familiari sono tendenzialmente sempre meno estese e il carico di assistenza che spesso è in capo a un solo caregiver, prevalentemente donna, rischia di diventare insostenibile;
- aumentano le situazioni in cui la persona anziana non autonoma non ha sostegno familiare, in quanto non ha creato un proprio nucleo familiare o non ha o non ha più parenti prossimi.

Il sistema di welfare presenta altrettante fragilità:

- la frammentazione e la disomogeneità territoriale dei servizi disponibili
- la scarsa integrazione tra servizi sanitari e sociali;
- la non sempre agevole capacità dei servizi di orientare e prendere in carico le situazioni di non autosufficienza
- la crisi economica e fiscale del sistema, i tagli alla spesa sociale riducono gli interventi.

Anche sul nostro territorio, che pur vede una buona situazione di copertura e di integrazione, i tagli alla spesa sociale stanno mettendo in crisi il sistema delle offerte pubbliche:

- tagli ai servizi domiciliari, che ridimensionano sempre più l'offerta fino a renderla insufficiente e inadeguata a rispondere alle esigenze delle famiglie (poche ore settimanali) o la indirizzano solo verso le persone senza reti.
- "scoraggiamento" dell'offerta semi residenziale e residenziale a favore delle "badanti" considerate la soluzione per eccellenza in quanto non grava sul sistema pubblico, anche se prive di qualsiasi regia e spesso anche di qualità.
- aumenta la richiesta di assistenza 24/24 che in gran parte è soddisfatto dalle assistenti familiari (badanti), le quali si stanno però orientando sempre più verso un lavoro "diurno"
- la lista d'attesa della RSA continua ad essere consistente, ma tende a diminuire
- la RSA potrebbe riorganizzarsi mettendo a disposizione maggiori posti di sollievo.

Pertanto siamo chiamati a ripensare l'intera offerta di servizi residenziali, a partire da una riflessione sull'esperienza di questi ultimi quindici anni:

- puntare sull'accoglienza temporanea o incentivare l'abitare stabile
- puntare sulla non autosufficienza o ripensare l'offerta per persone con media gravità
- creare servizi sanitarizzati sempre più simili alla RSA o creare soluzioni intermedie, a valenza sociale.
- puntare su un'unica fascia target o attivare risposte di filiera che siano in grado di dotare il territorio di un sistema residenziale integrato caratterizzato da risposte a differente grado protezione.

Rispetto al CPF questi interrogativi si traducono in:

- puntare tutto sulla comunità alloggio e come:
  - o dimensioni : sfruttare tutti i 24 posti, diminuire i posti creando camere singole (20+2) o altre combinazioni
  - o tipologia di utenza: puntare sulla non autosufficienza fisica, sulla demenza o privilegiare un utenza di media gravità;
  - o tempi di permanenza (temporaneità effettiva o abitare stabile); mantenere solo posti programmati o anche posti di pronto intervento;
  - o puntare sulla maggior sanitarizzazione (avvicinarsi ala RSA) o sull'offerta alberghiera (privilegiare camere singole, curare maggiormente il momento del pasto e l'offerta socio-culturale,ecc.)
- pensare a una comunità di 24 posti o a due offerte, indirizzate a target differenti
  - o comunità per persone non autosufficienti/dementi al 1° piano utilizzando il mini alloggio come zona giorno (9/10 ospiti)  
Si tratta di un'offerta abitativa indirizzata a una clientela con un forte bisogno di assistenza che non può più essere prestata a domicilio. L'autonomia di questi anziani è gravemente limitata. Questa forma abitativa costituisce un'alternativa alla casa di cura tradizionale. Il progetto è sostanzialmente quello di dare alla convivenza un'organizzazione domestica comune, in cui l'anziano si possa orientare facilmente, e di garantire così la massima "normalità" dell'abitare. Può mantenere la connotazione della temporaneità o avere anche posti stabili
  - o comunità per persone parzialmente autonome/lucide (6/10 posti) + zona giorno condivisa con CDI (per persone non dementi, max 16); può mantenere la connotazione della temporaneità o avere anche posti stabili.
- ripensare a come far ripartire i MAP, come alloggi singoli o per coppie, autonomi con possibilità di usufruire di servizi oppure no (dal centro o dal SAD) con servizi sanitari (interni o ADI)

Sintetizzando si possono prefigurare le seguenti ipotesi:

- Comunità alloggio di 24 pl camera doppia o 20 pl camera doppia e 2 singole + CDI
- Comunità alloggio differenziate : una di 9/10 pl + una 6/10 pl + CDI
- Una CA per 9/10 pl + 4 MAP singoli o per coppie

## Ripensare il lavoro sociale in un ottica di domiciliarità

### Lavorare per costruire la comunità

Pensare, programmare, realizzare una rete di servizi e opportunità a sostegno della domiciliarità, richiede uno sforzo di **integrazione** tra i diversi attori della comunità e un'attenzione ai temi della **coesione**, della **partecipazione** e di **diritti di cittadinanza**, ma anche la capacità di ripensare modelli organizzativi e processi di servizio in grado di valorizzare le risorse presenti (organizzative, economiche, professionali, umane, personali,...) e di accompagnare le persone fragili e le loro famiglie in un percorso di aiuto il più possibile coerente con i loro bisogni e le loro aspettative, offrendo nel contempo nuove prospettive e nuove possibilità di scelta.

Se è vero che i problemi individuali vanno visti contemporaneamente anche come esito e prodotto del contesto sociale, è lì che vanno tematizzati e rappresentati da strati sempre più ampi di popolazione oltre che dai diversi attori sociali ed istituzionali che insieme devono condividere come affrontarli mobilitando contemporaneamente le necessarie risorse. E' evidente che lo sforzo va anche nella direzione di come accettarli, avendo la consapevolezza che non tutto si può risolvere. Si tratta infatti di dare sempre più vigore a un processo di **"riappropriazione sociale del disagio"** e dei problemi che la stessa comunità produce o che comunque la attraversano e la colpiscono in modo che ci sia una consapevolezza diffusa sulla loro valenza sociale e sul fatto che occorre l'apporto di tutti per "riconoscerli, nominarli, gestirli."

Per questo occorre innanzitutto avere e darsi spazi comuni in cui ricomporre e connettere i diversi mosaici conoscitivi, condividere rappresentazioni, obiettivi e linee di azione che siano anche contemporaneamente dei percorsi partecipati di ricerca e costruzione di nuove ipotesi tali da poter diventare patrimonio sociale capace di alimentare cittadinanza sociale e intelligenze collettive. Uno di questi spazi ad esempio è rappresentato dai tavoli di settore del Piano di Zona, attualmente luogo di consultazione delle risorse formali e delle organizzazioni del terzo settore, ma che sempre più dovrebbe coinvolgere la cittadinanza.

La rete di supporto, anche per aiutare chi aiuta, non può essere affidata solo alla famiglia o alla persona (che certo è la prima risorsa rispetto a se stessa) o ai servizi pubblici, deve vedere la partecipazione solidale delle risorse formali e informali della comunità locale per **costruire insieme**, nei fatti, un **welfare mix**, una cittadinanza attiva.

Abbiamo visto in precedenza come sia cambiato profondamente il contesto sociale e le forme di solidarietà. Gli aiuti su cui gli anziani potevano contare, in famiglia e fuori, si sono indeboliti, rendendo la vita più difficile e portando, in molti casi, alla solitudine e all'isolamento.

Il volontariato non sembra un soggetto particolarmente presente nel servizio di cura/sostegno a questa tipologia di utenza; non sono rilevate esperienze di collaborazione significative fra il servizio pubblico e il mondo del volontariato se non in modo occasionale.

E' unanime la considerazione rispetto le reti amicali e di buon vicinato, laddove sono presenti spesso spariscono al momento della presa in carica da parte dei servizi pubblici.

Realizzare la domiciliarità dunque passa necessariamente attraverso un impegno alla rivitalizzazione dei luoghi del territorio e delle reti di vicinato, chiamando in causa, al tempo stesso, la crescita delle relazioni esterne e interne alla famiglie.

Iniziare ad impostare i servizi alle famiglie nella logica della domiciliarità e della territorialità ci conduce a riconsiderare il significato profondo del protagonismo familiare, affinché la territorialità dell'abitare il proprio luogo non contrasti, ma alimenti ed accresca la reciprocità e la solidarietà. Affinché le famiglie possano contare su una solidarietà della comunità, ma anche in assenza di una valida rete familiare, sia possibile ricreare una rete di nuove figure esterne, ma non estranee, sulle quali gli anziani possano contare al momento del bisogno: i vicini, gli amici, la badante, la solidarietà volontaria... Figure significative della realtà del quotidiano, che gli anziani finiscono per assimilare in tutto e per tutto ai loro familiari.



## Ripensare i servizi

Non vi è dubbio che la qualità della vita di una famiglia e delle singole persone è innanzitutto la **qualità della vita quotidiana** dove per quotidiano si intende contemporaneamente sia l'intreccio di necessità, desideri e progetti che caratterizzano il giorno dopo giorno, sia la possibilità di contare su un mix di risorse, opportunità e servizi che consentano di rispondere non solo ai cosiddetti bisogni materiali ma anche ai bisogni immateriali e in particolare a quelli relazionali.

La domiciliarità sollecita cambiamenti non solo a livello organizzativo, ma comporta un cambiamento di lettura della realtà, una rivisitazione del tradizionale rapporto servizio-utente, suggerendo uno sguardo più attento alla persona, alla sua famiglia, ai luoghi, ai tempi e alle relazioni in cui si snoda la vita.

Parlare di politiche ed azioni a supporto della domiciliarità significa perciò confrontarsi concretamente con un insieme di cose che va ben oltre l'assistenza domiciliare, significa:

- confrontarsi con il senso profondo della domiciliarità che parte proprio dalla scelta di questa forma di sostegno piuttosto che l'istituzionalizzazione;
- vedere le persone immerse in un sistema di relazioni;
- riconoscere ciò che è significativo per quella famiglia, per quella persona, in relazione ai legami, alle risorse, alle capacità di fronteggiare gli eventi, agli stili di vita, alla disponibilità a mettersi in gioco;

Di conseguenza investire sulla domiciliarità richiede la capacità di sostenere le persone a partire da queste condizioni e non dalle risorse e offerte dei singoli servizi.

Rivisitare le modalità operative dei servizi richiede di interrogarsi attorno ad alcune questioni:

- La **semplificazione dei rapporti**: ricomporre in modo unitario le attività in modo da arrivare ad una presa in carico dell'utente/famiglia che, anche in presenza di più servizi, possa ridurre il numero di operatori che intervengono sul caso o quantomeno preveda un "tutor" che coordini e accompagni l'utente nei vari passaggi tra i nodi della rete.
- La **continuità delle relazioni**: evitare di sottoporre l'utente/famiglia a continui cambi di operatori, servizi, referenti.
- La **flessibilità**: intesa soprattutto come capacità di adattare, nei limiti del possibile, il servizio all'utente.
- La capacità di **far fronte alle emergenze**: attivare all'interno della rete, servizi che possano rispondere in tempi brevi all'emergenza della famiglia, attraverso forme di accoglienza, ma anche attraverso una copertura oraria adeguata alla situazione.
- La **specializzazione dei servizi e degli operatori**: per rispondere in modo appropriato alle diverse tipologie di bisogno con interventi competenti ed efficaci (ex. Demenza, ecc.)
- Una riorganizzazione dei servizi codificati di sostegno alla domiciliarità potrebbe portare a un miglioramento dell'offerta in termini di quantità, qualità e taratura dei servizi?
- Quali servizi di prossimità e quali attività di supporto e accompagnamento ai care-giver è opportuno incentivare?
- Come integrare le soluzioni private attivate dalle famiglie (in particolare le assistenti familiari) nella rete dei servizi?

## Obiettivi strategici 2010-2011

Si riprendono gli obiettivi dichiarati nel precedente bilancio sociale, di durata biennale

OBIETTIVI GENERALI	RISULTATI ATTESI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
<b>SVILUPPO DELL' OFFERTA DI SERVIZI DELLA COOPERATIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruolo più incisivo nell'ambito dei servizi sociali territoriali</li> <li>- Maggiore capacità imprenditoriale</li> <li>- Offerta di servizi innovativi, diversificati e di qualità in risposta ai bisogni del territorio</li> <li>- Equilibrio economico necessario per sostenere obiettivi di miglioramento complessivo stabile nel tempo e per valorizzare le risorse umane</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accrescere le competenze della dirigenza per governare strategie e cambiamenti attraverso processi formativi</li> <li>- Ampliare diversificare l'offerta</li> <li>- Aprire nuovo CDI specializzato nel trattamento delle demenze</li> </ul>
<b>AUMENTARE IL SENSO DI APPARTENENZA E DI COESIONE DEI SOCI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maggior partecipazione alla vita sociale</li> <li>- Maggior partecipazione dei soci al processo decisionale</li> <li>- Forte convergenza sui progetti comuni</li> <li>- Capacità di immettere nel proprio lavoro quotidiano il valore aggiunto dell'essere cooperatore, di essere dunque portatore di una pratica professionale in cui, accanto alle competenze professionali, vive e si esprime un progetto sociale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Curare i processi di coinvolgimento nei processi decisionali rispetto ai soci.</li> <li>- Migliorare le modalità di comunicazione/informazione (pubblicizzazione verbali CdA. News letters, riunioni pre-assemblea, ecc.)</li> </ul>
<b>VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fidelizzazione delle risorse umane</li> <li>- Motivazione al lavoro</li> <li>- Soddisfazione del personale</li> <li>- Limitazione del turnover</li> <li>- Difesa degli interessi dei soci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantire il più possibile stabilità occupazionale, attraverso riduzione dei contratti a termine</li> <li>- valorizzare le professionalità, attraverso una costante formazione/aggiornamento</li> <li>- migliorare le condizioni</li> <li>- migliorare le organizzative retribuzioni e i meccanismi premianti</li> </ul>
<b>AVVIARE MODALITA' DI CO-PROGETTAZIONE E COLLABORAZIONE CON GLI EELL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arricchimento del sistema di relazioni, che dovrà coinvolgere in maniera più significativa lo stesso sistema cooperativo, le istituzioni locali e le organizzazioni di terzo settore.</li> <li>- Sviluppo di nuove iniziative e servizi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avviare contatti con EELL e sistema cooperativo su individuazione di criticità/bisogni su cui avviare iniziative/progetti</li> <li>- Partecipazione ai tavoli di settore (tavolo Anziani, ma anche tavolo psichiatrie e nuove povertà)</li> <li>- Completare il processo autorizzativi della CA e negoziare con gli enti locali forme di sostegno al servizio</li> </ul>