



"Non permettete che vi sfugga nemmeno il problema più piccolo.
Ricordate: i ruscelletti crescono fino a diventare fiumi con una portata enorme"
Katsuyoshi Ishihara ("guru" della Qualità)

Bilancio Sociale 2012

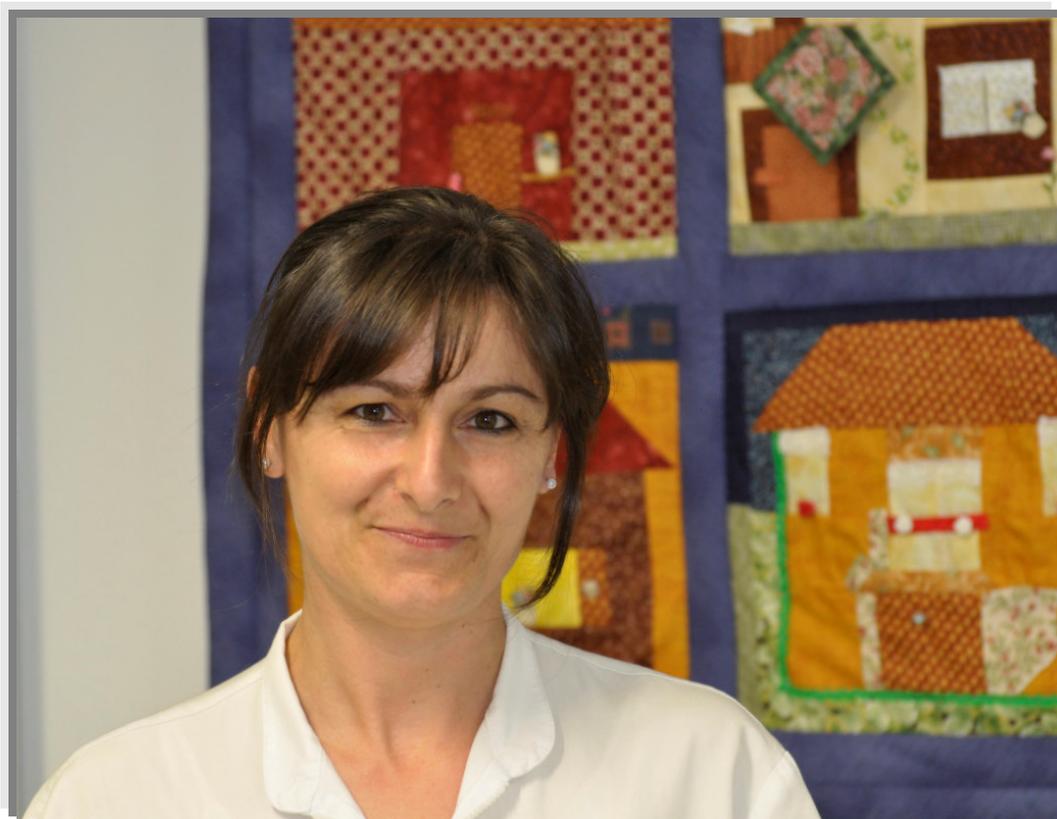
L'Arca Società Cooperativa Sociale

INDICE

Premessa	pag.02
1. Introduzione	pag.03
1.1 Note metodologiche	pag.03
2. Identità dati generali	pag.04
2.1 Carta di Identità	pag.04
2.2 Finalità istituzionali	pag.05
2.3 Oggetto Sociale	pag.05
2.4 Aree di intervento	pag.05
2.5 Territorio di riferimento	pag.06
2.6 Composizione Base Sociale	pag.07
3. Relazione di missione	pag.08
3.1 I valori	pag.08
3.2 La mission	pag.09
3.3 Attraverso la nostra storia	pag.09
3.4 Attività svolte	pag.10
4. Governance	pag.36
4.1 Il Consiglio di Amministrazione	pag.36
4.2 L'Assemblea dei Soci	pag.36
4.3 Organi di controllo	pag.36
4.4 Struttura di Governo (organigramma)	pag.36
5. I portatori di interesse	pag.38
5.1 Mappa dei Portatori di Interesse	pag.39
5.2 Base Sociale	pag.38
5.3 Le reti	pag.46
6. Dimensione economica e analisi del valore aggiunto	pag.48
6.1 Dimensione economica	pag.48
7. Prospettive future e conclusioni	pag.52
7.1 Obiettivi raggiunti	pag.52
7.2 Obiettivi per il 2013	pag.54
7.3 Conclusioni	pag.54

Premessa

Questo Bilancio Sociale 2012 è dedicato a **Marina Mazzina**, la socia che ci ha lasciato in un caldo giorno d'agosto, dopo una breve e crudele malattia. A lei il ricordo affettuoso di tutti noi, che possiamo raccogliere la sua eredità fatta di delicatezza, misura, impegno, dedizione e fede.



*Te ne sei andata senza far rumore,
lieve come sei vissuta.
Il ricordo del tuo sorriso dolce, sereno,
persiste e non muore.
tu ci resti per sempre nell'anima.
La morte non può sconfigger l'amicizia,
il ricordo si è appropriato del cuore.*

1.INTRODUZIONE

1.1 NOTE METODOLOGICHE

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

L'edizione 2012:

- ▶ è stata redatta in conformità alla Delibera di Giunta Regionale della Lombardia n° 5536 del 10/10/07
- ▶ è disponibile nella sua versione elettronica sul sito www.arcasociale.com o in versione cartacea contattando la sede amministrativa
- ▶ Il Bilancio Sociale è stato approvato dall'Assemblea dei Soci del **23 maggio 2013**.

2. IDENTITA', DATI GENERALI

2.1 CARTA DI IDENTITA'

Denominazione: L'Arca Società Cooperativa Sociale

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

Sedi operative:

Centro Polifunzionale di Servizi All'Anziano:

Chiavenna, Via PD.P. Buzzetti,41.

Centro Socio Sanitario:

Chiavenna Via G.B.Cerletti,19

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

C.C.I.A.A. 39197

Tribunale di Sondrio n. 3920

Data costituzione: 23 maggio 1985

Codice Fiscale e Partita Iva: 00528850142

Aderente alla Confcooperative, sede di Sondrio

Associata alla cooperativa di servizi Unioncoop Sondrio

Associata alla Cooperativa Sociale Nisida

2.2 FINALITA' ISTITUZIONALI

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

2.3 OGGETTO SOCIALE

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

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

attività di promozione e rivendicazione dell'impegno delle istituzioni a favore delle persone deboli e svantaggiate e di affermazione dei loro diritti

2.4 AREE DI INTERVENTO

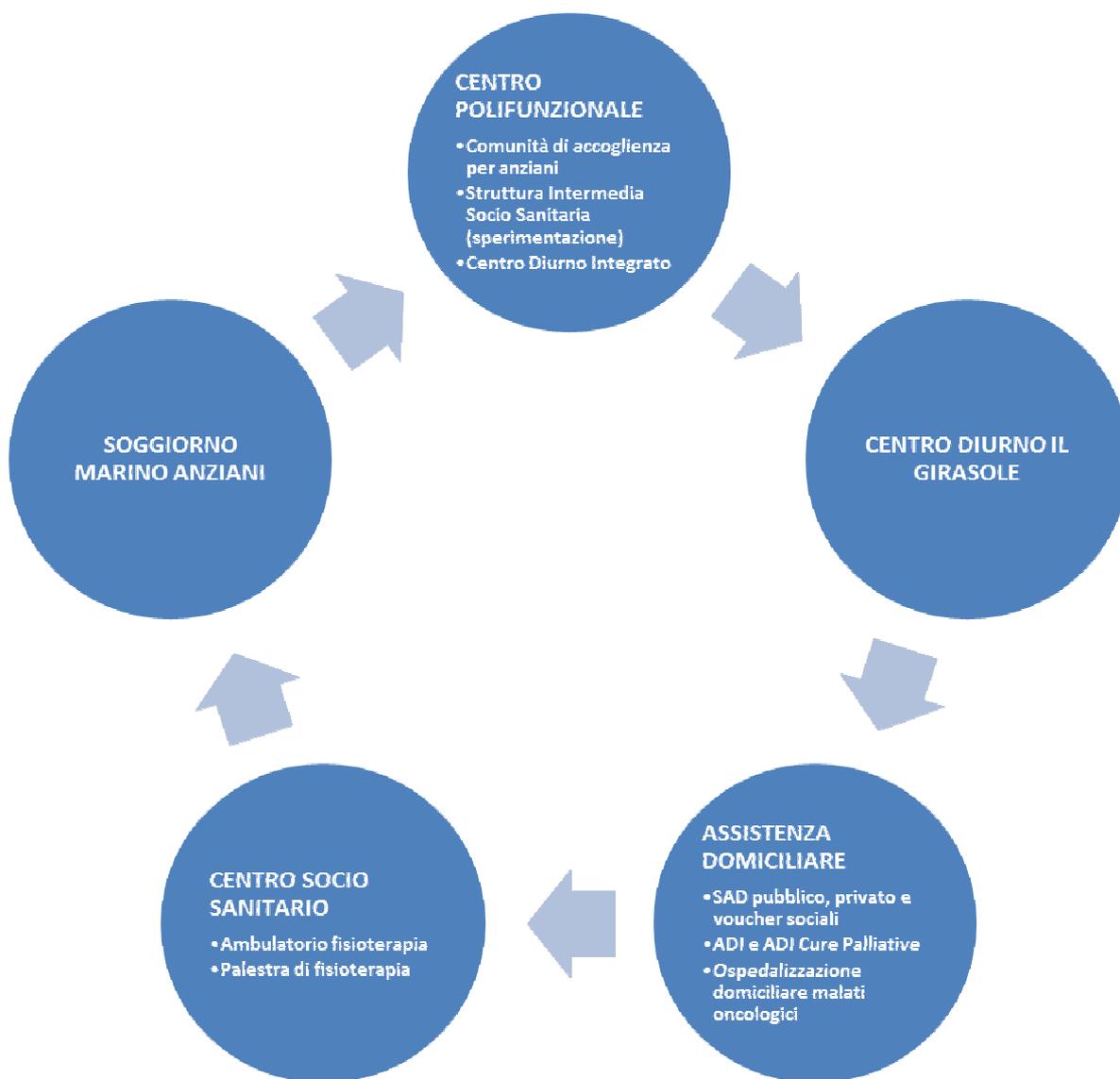
	Residenziale	Domiciliare	Territoriale	Diurno
Anziani	x	x	x	x
Disabili		x		
Famiglia		x	x	
Disagio sociale		x		
Disagio psichico		x		
Adulti		x	x	

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

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

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

La Cooperativa opera sia in ambito residenziale, che semiresidenziale e domiciliare. Nel grafico seguente sono sintetizzate le aree di intervento

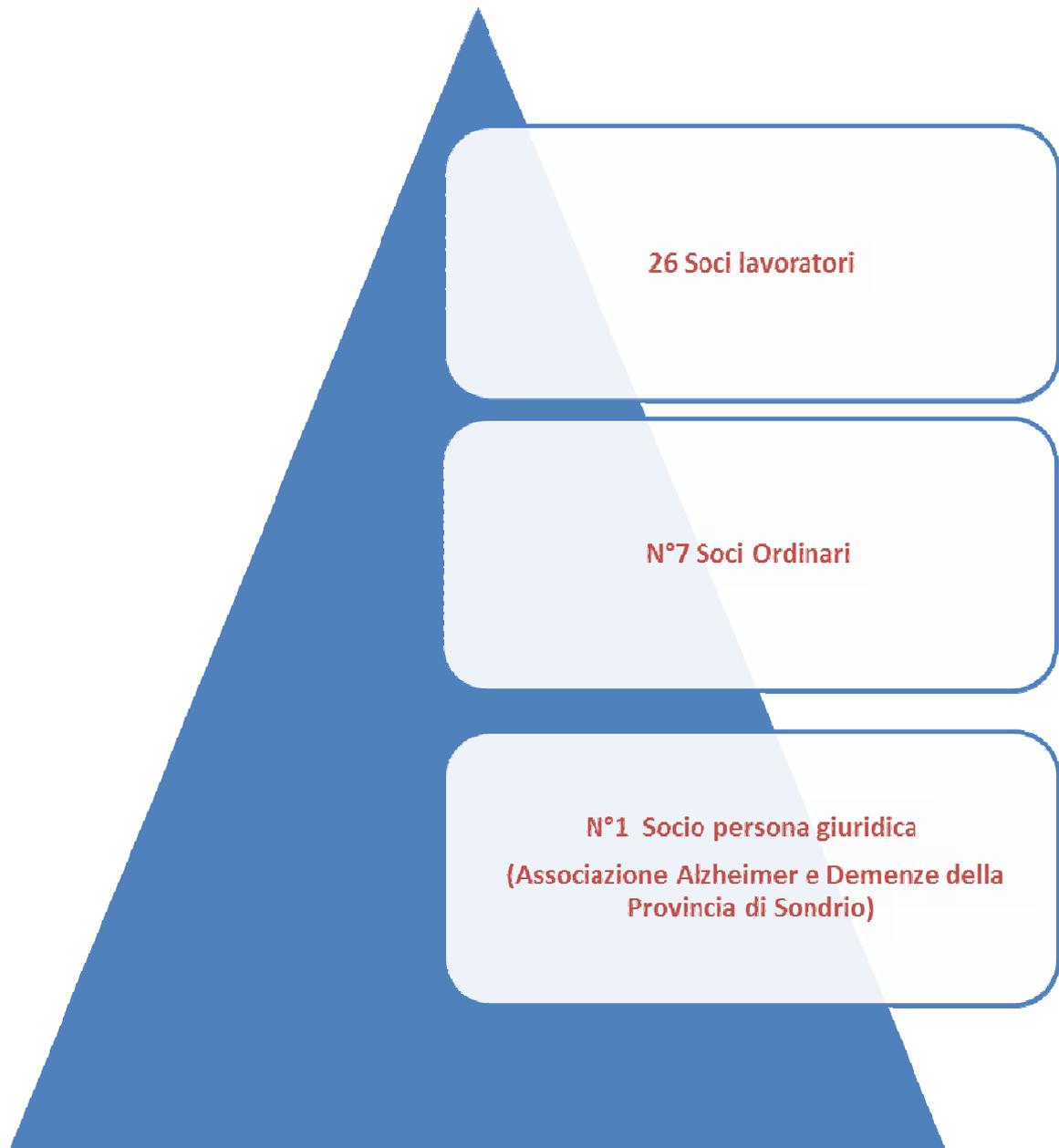


2.5 TERRITORIO DI RIFERIMENTO

Il territorio di riferimento della Cooperativa è quasi esclusivamente la Valchiavenna, in provincia di Sondrio, anche se rispetto all'accoglienza nella CA e nella SISS non ci sono pregiudiziali rispetto alla residenza.

2.6 COMPOSIZIONE DELLA BASE SOCIALE

Al 31.12.2012 la Cooperativa risultava composta da n°34 Soci, 32 femmine, 1 maschio e 1 associazione, come nel 2011:



3. RELAZIONE DI MISSIONE

3.1 I VALORI

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

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

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

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

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

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

3.2 LA MISSION

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

3.3 ATTRAVERSO LA NOSTRA STORIA

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

L'Arca cominciò ad operare nel dicembre 1985 attraverso la gestione del nuovo reparto protetto per non autosufficienti della Casa di Riposo «Città di Chiavenna». La Cooperativa si sviluppò rapidamente, grazie alla propria credibilità e alla sempre maggior propensione da parte degli EEPP ad utilizzare la cooperativa, per superare alcuni vincoli amministrativi che rendevano molto difficile lo sviluppo dei servizi. In quegli anni oltre a gestire la Struttura Protetta, acquisì i Servizi di Assistenza Domiciliare, che via via, venivano affidati dai comuni e si occupò della gestione di servizi a favore dei disabili all'interno delle scuole, fino all'apertura, nel 1988, del Centro Socio Educativo per disabili. Per alcuni anni ebbe in convenzione anche il servizio di trasporto dializzati presso l'ospedale di Bellano e alcuni inserimenti lavorativi. In pochi anni la base sociale passò da 25 a 80 soci; operavano in cooperativa circa un centinaio di persone fra soci e dipendenti. Ma la crescita così rapida portò con sé anche alcuni problemi:

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

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

Dopo la perdita dell'appalto con la Casa di Riposo e con alcuni comuni per il SAD, i soci dell'Arca comprendono ciò che diventerà fondamentale nel futuro cammino della Cooperativa e cioè la necessità di lasciare la strada delle certezze legate al rapporto con gli EE.PP. per imboccare quella più impervia dell'autonomia di gestione e dell'assunzione del rischio di impresa. Inizia così la progettazione e realizzazione del Centro Polifunzionale di Servizi all'anziano, inaugurato nel 1999.

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

3.4 ATTIVITA' SVOLTE

Comunità di accoglienza

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

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

Nata per accogliere un numero ridotto di anziani (inizialmente 14 in quanto prevedeva anche 3 Mini Alloggi Protetti poi trasformati nel corso degli anni in pl per la CA), la CA nel tempo si è ampliata fino ad arrivare a 24 posti letto, una dimensione che, se ha permesso da una parte un equilibrio economico, dall'altro ha mostrato una certa criticità organizzativa, legata soprattutto alla tipologia degli ospiti accolti.

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

La differenza sostanziale rispetto alla RSA, oltre che nelle ridotte dimensioni, sta nella *mission* e nella filosofia operativa, più orientate a **favorire l'indipendenza** che verso cure sanitarie e infermieristiche di maggior impegno professionale. Anche per questo motivo, **gli obblighi normativi sono inferiori** e si prevede che i residenti siano contrattualmente obbligati a trasferirsi in un'altra struttura in caso di aggravamento stabile delle condizioni sanitarie.

L'esperienza non ha però dimostrato limiti sostanziali nella capacità di accogliere e gestire persone anche con esigenze più impegnative (demenza, problemi comportamentali di livello moderato, fine della vita, disabilità motoria).

La caratterizzazione dell'utenza nel 2012, tenendo separata quella inserita nella sperimentazione attivata a fine anno, si è lievemente discostata dalla tendenza in atto negli ultimi anni, per effetto del trasferimento di alcuni ospiti in RSA o per il decesso di quelli più critici. A fine 2012 l'utenza rimasta in CA è mediamente meno compromessa sia dal punto di vista motorio che cognitivo, pur mantenendo all'interno alcune ospiti con una certa disabilità o una demenza stabilizzata. A tale proposito è stato presentato un progetto alla Fondazione Tirelli e Pro Valtellina, per la realizzazione di una comunità alloggio dedicata alle persone con demenza lieve-media, ispirata all'esperienza di «Ferma il tempo» del CDI, progetto che è stato finanziato con un contributo di 9.000 €. utilizzato per adeguare gli spazi, sostituire il vecchio impianto di chiamata, acquistare alcuni arredi (letti, comodini) e attrezzature (lavapadelle). I lavori sono stati ultimati a fine 2012 e il progetto in parte è stato modificato, essendo stato inglobato nella sperimentazione, per la quale è stata presentata sempre alla Fondazione Pro Valtellina e Tirelli una richiesta di contributo, che è stata accolta e avrà effetto nel 2013.

Nel giugno 2012 in seguito alla pubblicazione di un bando regionale, L'Arca ha presentato un progetto di sperimentazione per trasformare alcuni dei posti letto della CA in posti per assistenza post acuta. Il progetto è stato approvato dalla Regione e ha preso avvio nel novembre 2012 (cfr. capitolo sulla sperimentazione). Sono stati ridotti 2 posti letto della CA, per fare spazio a un soggiorno, e sono stati riservati n. 8 pl alla sperimentazione. Pertanto la CA da novembre ha visto un drastico calo di pl, da 24 pl a 14 pl più gli 8 posti sperimentali.

La sperimentazione ha permesso di dare risposta ad alcune criticità rilevate nell'anno precedente, in particolare la necessità di strutturare meglio la copertura sanitaria e l'attività riabilitativa, nonché la dimensione ideale del servizio. Di seguito si sintetizza l'esperienza.

La sperimentazione

Nel 2011 ci si era posti come obiettivo quello di presentare alla Regione, entro la fine dell'anno, una proposta di sperimentazione di un modello di residenzialità leggera, contando anche sugli esiti della ricerca e del gruppo di studio istituito c/o la Fondazione Housing Sociale. La sperimentazione aveva l'obiettivo di dare legittimità all'esperienza già intrapresa, allineandosi alle altre sperimentazioni in atto, nella speranza che prima o poi la Regione decidesse di normare questa tipologia di servizio.

Ma mentre si stava mettendo a punto le linee guida, inaspettatamente nella tarda primavera, la Regione ha emesso un bando di sperimentazione finanziata per la creazione di strutture per post acuti.

L'Arca, mettendo a frutto l'esperienza maturata negli ultimi anni nel campo della residenzialità leggera e avvalendosi dell'opportunità prevista dalla Regione di avviare sperimentazioni nell'area dell'assistenza post acuta, intende realizzare una STRUTTURA INTERMEDIA SOCIO – SANITARIA (SISS), colmando il vuoto tra il livello specialistico ospedaliero e quello delle cure primarie territoriali nella gestione di pazienti prevalentemente cronici con temporanei bisogni di maggior protezione socio sanitaria e una rete di supporto fragile o non appropriata.

Il progetto si proponeva di sperimentare interventi di assistenza post acuta, con valenza riabilitativa:

- a carattere residenziale nei 7/ 11 posti letto ricavabili dagli ex mini alloggi del Centro Polifunzionale (struttura di residenzialità leggera)
- a carattere domiciliare alla chiusura del percorso riabilitativo come accompagnamento al domicilio per gli utenti che hanno frequentato la riabilitazione residenziale.

La popolazione target della degenza della SISS è rappresentata da persone in condizioni di stabilità clinica che hanno concluso il loro percorso clinico acuto e subacuto, ma che necessitano di migliorare il più possibile lo stato di salute e che hanno bisogno di un periodo ulteriore di assistenza residenziale, a bassa intensità sanitaria e ad alta intensità assistenziale, per preparare il reinserimento nel loro contesto sociale di vita o per un accompagnamento verso altre soluzioni offerte dalla rete dei servizi socio-sanitari.

La SISS risponde alla necessità di risolvere in maniera efficiente ed efficace quei problemi di salute che di solito sono risolvibili a domicilio, ma che in pazienti in condizione di particolare fragilità sociale e sanitaria richiedono di essere assistiti in un ambiente socio sanitario protetto.

Nello specifico si tratta di:

- 1.** Pazienti in dimissione dai reparti ospedalieri, per i quali è necessario prevedere un ulteriore periodo di residenzialità poiché necessitanti di un'assistenza socio-sanitaria di intensità medio-alta e prosecuzione delle cure.
- 2.** Pazienti in carico ai servizi di assistenza domiciliare che necessitano temporaneamente di un'assistenza di intensità medio-alta non gestibile a domicilio per un aggravamento delle condizioni sanitarie.
- 3.** Pazienti in carico alla famiglia nei quali l'aumento di intensità assistenziale non possa essere temporaneamente garantito a domicilio per ragioni di tipo familiare e sociale.

Tutti i casi ricoverati presentano, di norma, una doppia fragilità sia sanitaria che sociale consentendo, di rispondere sia al bisogno di cure sanitarie sia di sostegno al nucleo familiare:

- pazienti affetti da patologie croniche in fase di riacutizzazione comportante una temporanea non autosufficienza;
- pazienti con patologie che necessitano di controlli ravvicinati in relazione al quadro clinico e hanno grave difficoltà di accesso alla diagnostica ambulatoriale;
- pazienti con gravi limitazioni della mobilità che necessitano di controlli e di interventi assistenziali complessi;
- pazienti non autosufficienti per malattie acute temporaneamente invalidanti (es. forme respiratorie).

Tutta la procedura inerente la segnalazione dei casi alla SISS, attraverso l'unità di Valutazione Multi professionale dell'ASL, è in linea con quanto richiesto esplicitamente dalla Regione, che prevede che il governo del sistema sia in capo all'ASL, e in particolare all'UVM che

- valuta le richieste e i requisiti per l'ammissione alla SISS
- autorizza l'ingresso nei posti riservati e ne stabilisce i tempi di permanenza e il PAI di ingresso
- autorizza eventuali proroghe

I percorsi di ricovero e riabilitazione hanno moduli variabili di 15 -30 - 60 - 90 giorni, tuttavia rendicontazione avviene per giornate effettive di assistenza.

Per il percorso domiciliare il modulo prevede la durata di 7 giorni.

Il percorso residenziale consiste in un ricovero temporaneo finalizzato a riportare il paziente a livelli di autonomia sufficienti e migliorarne la qualità di vita, anche sotto il profilo psicosociale. Si differenzia dal ricovero di sollievo, in quanto viene disposto per motivi strettamente socio-sanitari o riabilitativi.

L'intervento domiciliare consiste in uno o più accessi di figure sanitarie, riabilitative e socio assistenziali finalizzate ad ottenere il miglior ritorno al domicilio possibile e ad addestrare la famiglia rispetto all'assistenza al paziente. L'intervento domiciliare prevede un primo accesso di valutazione ambientale al fine di adeguare preventivamente l'ambiente alle esigenze del paziente, prima delle dimissioni e sei giorni di servizio (festivi esclusi). A seconda delle necessità prevede l'accesso del FKT, dell'IP e dell'ASA.

Il sistema tariffario prevede la compartecipazione del paziente e della sua Famiglia alla spesa socio assistenziale e alberghiera, sulla base di due tariffe giornaliere: 100,00 a carico dell'ASL e 30,00 a carico del paziente e rispettivamente 40,00 e 10,00 per l'accompagnamento domiciliare.

La durata della sperimentazione è fissata dalla Regione fino al 31.07.2013.



Foto soggiorno e sala pranzo SISS



Criticità e punti di forza della sperimentazione

Sulla carta la sperimentazione avrebbe dovuto partire in agosto con 10-11 pl, ma poiché la sperimentazione ha colto di sorpresa anche l'ASL, i tempi di definizione del contratto sono slittati e i posti letto sono stati ridotti a 8, poiché sono stati accreditati i posti effettivamente liberi all'avvio della sperimentazione. Ufficialmente la sperimentazione è iniziata il 5 novembre, ma di fatto è partita il 23/11/2012.

I primi mesi hanno risentito delle difficoltà fisiologiche di avvio di ogni nuovo servizio, difficoltà che persiste anche alla data attuale, quando la sperimentazione è a metà percorso. Sono state avviate modalità di pubblicizzazione dei servizi sia mirate (ospedale, MMG, servizi) sia capillari (invio a tutte le famiglie di un dépliant con tutti servizi della cooperativa, tra cui la SISS).

Ci si aspettava una maggior risposta sia da parte dei reparti ospedalieri che dei medici di base, ma sostanzialmente le domande sono arrivate ancora dalle famiglie. A ciò si aggiunge una certa rigidità nei criteri di valutazione delle richieste imposte dall'ASL, poi parzialmente rivisti, ma sempre molto selettivi.

Di fatto la saturazione dei pl nel 2012 è stata del 20% ma anche successivamente è sempre stata inferiore al 50%.

Ci si è interrogati sulle cause che sono state così ipotizzate:

- bacino di utenza troppo ristretto rispetto agli altri distretti dove è stata avviata con maggior successo la sperimentazione ed è più isolata rispetto al resto della Valtellina (Chiavenna ha una popolazione di c.a. 24.0000 ab su 180.000 ab, che si dividono gli altri due centri)
- presenza a Chiavenna di un reparto di lungadegenza mai saturato, rispetto ai reparti analoghi di Morbegno e Sondrio, che al contrario tendono a dimettere più rapidamente e ad avvalersi delle strutture per post acuti.
- scarsa conoscenza del servizio da parte della popolazione e da parte dei reparti/servizi.

Il servizio ha dovuto strutturarsi con una maggior presenza di figure sanitarie e programmi riabilitativi intensivi che hanno fatto aumentare i costi in assenza di un corrispettivo adeguato.

Per contro il servizio è stato molto apprezzato dall'utenza e dalle famiglie e ha ottenuto degli ottimi risultati in termini riabilitativi e di miglioramento delle condizioni dei pazienti ricoverati.

Il servizio, nonostante le preoccupazioni di carattere economico, è stato apprezzato anche dagli operatori che hanno potuto sperimentare un diverso modo di lavorare, più mirato e orientato ai progetti.

Se il servizio fosse a regime, o comunque fosse maggiormente stabile rispetto alla saturazione dei posti letto, consentirebbe un equilibrio economico che non sarebbe ipotizzabile con la sola Comunità Alloggio e permetterebbe di strutturare meglio il servizio, anche dal punto di vista della copertura sanitaria.

Risultati dei questionari di soddisfazione C. A. 2012

Durante l'anno la Responsabile del C.P.F. 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 e proposta nuovi PAI

Di seguito si illustrano sinteticamente i risultati della customer satisfaction

Il campione è stato calcolato considerando 33 ospiti del totale delle presenze che sono 56 durante

l'anno – di cui: n° 9 (storici) n° 24 (nuovi ospiti)

Il questionario non è stato sottoposto a: n° 4 (storici) n°9 (in CDI) N° 10 (breve periodo)

Hanno risposto al questionario

> 17 famigliari

> 16 ospiti

Complessivamente viene dato un giudizio positivo (33) rispetto alle prestazioni fornite nella CA da parte di tutti i parenti che dagli ospiti (100% di risposte positive).

La maggioranza delle persone intervistate affermano che l'organizzazione risponde con tempestività ai reclami degli ospiti (25 si) (5 in parte) (3 non rispondono) (91% si ritiene soddisfatto)

I nuovi utenti hanno valutato un buon livello riguardo le informazioni ricevute al momento della richiesta, sia per dell'accoglienza su 24 nuovi ospiti (23 si ritiene soddisfatta) (1 poco soddisfatta) con (70%) (9 non rispondono) Per chi ha avuto rapporti con gli uffici amministrativi li ha giudicati buoni (dal 70% al 82%). Tutte del attività del Centro vengono apprezzate, quelle riabilitative e motorie (79%) e quelle di animazione (70%)

Sia i parenti che gli utenti giudicano buono il livello di pulizia (88%) e buono il servizio di lavanderia (79%) anche rispetto al vitto, sia alla varietà, quantità e alla qualità della preparazione (88%). L'orario dei pasti corrisponde per la maggioranza alle proprie abitudini con (88%) ben (91%) ritengono idonee le attrezzature messe a disposizione degli ospiti.

Il rapporto con le diverse figure professionali appare buono:

Medico (72%)

Infermiere (100%)

Personale di assistenza (100%)

Fisioterapista (72%)

Animatore (90%)

La maggioranza degli ospiti si sente libera di esprimere i propri bisogni e richieste al personale (91%) si sente coinvolto sulle decisioni che lo riguardano sono 26 ospiti di cui 3 solo in parte e 4 non rispondono (88%) La maggior parte afferma di non avere mai aspettato più di cinque minuti l'arrivo del operatore dopo avere suonato il campanello (84,8%) così pure non da fastidio agli ospiti se il personale si rivolge a loro dando del tu (85%), gli ospiti ai quali sono state rispettate le proprie abitudini (82%) di cui 6 non rispondono.

Riguardo ai tempi di permanenza solo 18 intervistati sono d'accordo sulla temporaneità, 4 in parte e 10 per nulla, 1 non lo sa (66,7%)

Le alternative alla CA sono:

- le risorse familiari 5

- assistenza privata 6

- badante 5

- Casa di Riposo 14

- Non so 8

-Altro 2

Alla domanda in quale misura trova la Comunità utile, la maggioranza dei famigliari e degli ospiti intervistati lo ritengono un servizio indispensabile 21 utile 8, solo 4 non risponde

Possiamo dare un giudizio complessivamente positivo sull'attività svolta nel 2012, confermata da un buon riscontro ottenuto dai questionari di soddisfazione sottoposti ai famigliari e agli utenti.

I dati più significativi (CA+SISS)

I dati relativi all'utenza mostrano una sostanziale costanza dell'andamento : una quota di utenti stabili e un gruppo di utenti temporanei, lievemente aumentato nel 2012, così come sono aumentati i nuovi utenti passati da 29 del 2010 a 37 del 2012, segnale di un certo ricambio, legato sia a ragioni fisiologiche che di scelte delle famiglie.

La crisi imminente, la minore disponibilità di denaro, l'aumento delle rette hanno orientato le famiglie verso richieste di periodi più brevi di accoglienza e verso la decisione di trasferire l'anziano in RSA non appena possibile. Ugualmente sono diminuite le richieste e non si forma più nessuna lista d'attesa. Anche i periodo dell'anno tradizionalmente saturi hanno iniziato a far registrare dei vuoti (inverno-estate).

Utenza	2010	2011	2012 CA	2012 SISS
Posti letto	24	24	24/14	8
Utenti totali nell'anno	52	53	56	4
Di cui nuovi utenti	27	29	37	4
Di cui a lungo periodo	14	15	21	0

Rispetto ai tempi di permanenza, da notare che nel 2012 aumentano le permanenze brevi, entro i 30 gg e fino a 3 mesi, che costituiscono il 50% delle entrate, diminuiscono le permanenze tra 3 e 6 mesi, ma aumentano i residenti

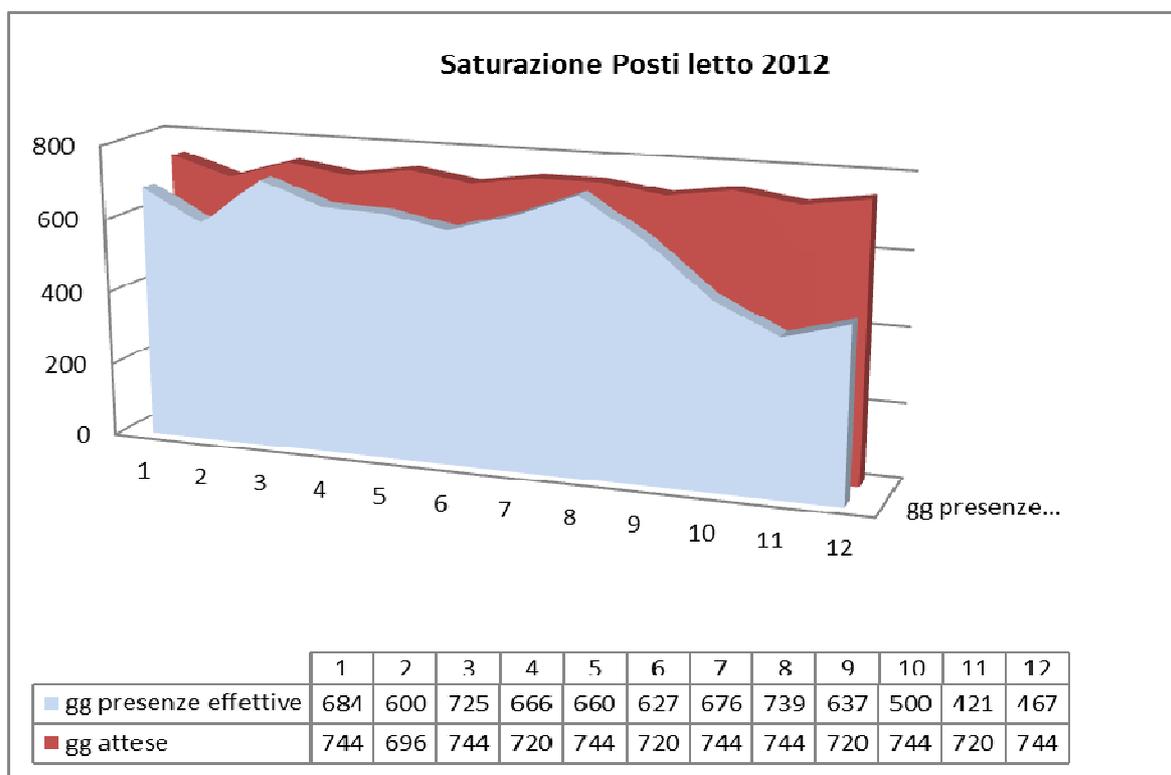
Tempi di permanenza						
anno	1 mese	fino a 3 mesi	Da 3 a 6 mesi	+ di 6 mesi	residenti	Totale
2011	16	5	8	19	5	53
2012	25	7	5	8	11	56

Per analizzare e comparare correttamente i dati occorre considerare l'avvio della sperimentazione nel novembre 2012, che ha modificato l'assetto e i posti letto del servizio.

Calcolando CA+SISS (7402+96) si arriva a 7.498 gg, innalzando l'indice di saturazione a 85%, decisamente al di sotto della media degli anni precedenti, che fino al 2009 si assestava intorno al 94-95% e successivamente tra i 90,7 % e il 92,7%.

Il calo di presenze si è verificato negli ultimi 3 mesi dell'anno, anche a causa dell'avvio della sperimentazione che ha imposto di liberare posti da destinare all'accreditamento, ma anche nei mesi precedenti, ad eccezione di marzo e agosto, si è rimasti decisamente sotto le attese.

Di fatto i primi mesi della sperimentazione hanno fatto registrare un calo drastico delle presenze complessive del Centro polifunzionale, con un corrispondente calo di entrate stimato attorno ai 35.000,00 €, solo in parte compensato dalle maggiori entrate della SISS (128,00 € contro 68,00).



Segue tabella comparativa dell'ultimo triennio rispetto alla CA. Le entrate della SISS sono state 12.263,00, ma vengono calcolate insieme a quelle della CA, in quanto i costi non sono stati disaggregati.

Dati economici	2010	2011	2012 CA	2012 SISS
Giornate presenza	7945		7402 su 8784 attese	96 su 456 attese
Tasso di saturazione dei posti letto	90,7%	92,7%	84%	21%
Entrate complessive (fatturato+proventi, contributi,ecc)	502.571	529.861	496.375 (tot. 508.611)	12.263
Uscite totali	548.901	554.417	577.236	
Margine negativo	-46.330	-24.556	-68.625	

Si registra un aumento dei costi del 4% c.a. dovuto sia agli aumenti contrattuali del personale che all'aumento dei costi di gestione per effetto dell'aumento dei prezzi (alimenti, gas, materie di consumo, manutenzioni, costi di formazione), ma sono le mancate entrate a fare veramente la differenza tra il 2012 e il 2011, come di seguito evidenziato.

Raffronto CA 2011-2012

COSTI	2011	2012		2011	2012
merci acquisti	29858,5	29093,55	ricavi da prestazioni	518363,29	480548,64
esistenze iniziali	3083,29	2883,73	altri ricavi e proventi	1554,19	16224,93
costi per servizi	39357,69	58471,49	proventi straordinari	7060,00	9556,41
Costi per il personale	280278,04	269310,87	rimanenze	2883,73	2281,16
oneri contributivi	75740,36	73285,94			
TFR	28132,41	26559,33			
Altri costi	10024,33	10172,69			
Oneri diversi di gestione	2598,85	6482,00			
Oneri straordinari	129,00	247,50			
minusvalenza lavatrice	0	1445,49			
quota parte generale	58346,23	67061,22			
ammortamenti	26868,32	32222,91			
totale	554417,02	577236,72		529861,21	508611,14
marginale negativo	-24555,81	-68625,58			

Il margine negativo della CA è sempre consistente, parzialmente corretto dal margine positivo del CDI. In realtà la suddivisione dei costi non è sempre agevole, in quanto è complesso attribuire esattamente i costi del personale ma anche quelli di gestione all'uno o all'altro servizio, trattandosi di un'unica équipe e in pratica di un unico servizio. Per questo si è deciso nel 2013 di unire i due centri costo, tenendo solo una suddivisione amministrativa interna per le rendicontazioni (di CDI e SISS)

Il Centro Diurno Integrato di Bette

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

Nel luglio 2012 il CDI ha dovuto adeguarsi alla nuova normativa relativa all'accreditamento, ma non è stato necessario ripresentare la domanda, come invece per il nuovo CDI Il Girasole e per l'ADI.

Utenza

Il CDI nel 2012 è attestato su un buon livello di frequenza, confermando l'utilità del servizio per le famiglie che continuano ad essere una risorsa per l'anziano, ma che richiedono l'inserimento diurno del proprio congiunto per motivi di lavoro, sollievo o perché ritengono stimolate la partecipazione alle diverse attività.

Gli ospiti che hanno frequentato il CDI nel 2012 sono stati 20, con una lieve flessione delle presenze (2035 gg vs 2579 del 2011), ma il calo è dovuto al trasferimento di parte dell'utenza nel

nuovo CDI il Girasole, a partire dal luglio 2012 (7utenti). In totale infatti le presenze sono state 2876.

I nuovi utenti nel 2012 sono stati solo 6, ma anche i dimessi (tranne i 7 trasferiti al Girasole) sono stati solo 4, indice di una maggiore fidelizzazione dell'utenza. Le dimissioni dei 5 utenti sono dovute: 2 a peggioramento delle condizioni di salute, 1 al ricorso di una badante, 1 al trasferimento in CA e 1 per motivi diversi. Certo è che i dimessi sono stati o nuovi utenti o utenti recentemente inseriti nel CDI, che non hanno trovato, per motivi diversi una risposta adeguata ai loro bisogni.

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

Utenza	2010	2011	2012 CDI	2012 Girasole
Utenti	25	25	20	11(di cui 7 provenienti dal CDI di Bette)
Donne	21	23	16	9
Uomini	4	2	4	2
Nuovi utenti	15	8	6	4
Dimessi	7	11	5+7 c/o Girasole	3
Giornate di presenza	2881	2579	2035	841

Dal punto di vista economico il CDI, non ha avuto grandi variazioni. E' stato penalizzato per il fatto di non aver avuto un aumento del contributo ASL per la nuova utenza del Girasole, aumento che si è concretizzato solo nel 2013.

Raffronto CDI 2011-2012

COSTI	2011	2012	RICAVI	2011	2012
merci acquisti	10291,55	9712,93	Ricavi da prestazioni	82033,24	84051,64
esistenze iniziali	0	0	Altri ricavi e proventi	74426,68	67153,32
costi per servizi	26026,34	33509,12	Proventi straordinari		
Costi per il personale	56306,66	53493,3			
oneri contributivi	15433,00	16585,27			
TFR	1430,66	468,4			
Altri costi	2641,26	1783,14			
Oneri diversi di gestione	1022,79	195,78			
Oneri straordinari	0,00	82,50			
quota parte generale	9233,54	11729,52			
ammortamenti					
totale	122385,8	127559,96		156459,92	151204,96
marginale positivo	34074,12	23645,00			

Risultati dei questionari di soddisfazione CDI di Bette 2012

Di seguito si illustrano i risultati della customer satisfaction.

Il campione è stato calcolato considerando 12 ospiti del CDI.

Hanno risposto al questionario:

- 01 utente
- 01 familiari + utente
- 10 familiari

Complessivamente viene dato un giudizio positivo (6) o molto positivo (6) 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%).

I nuovi utenti hanno valutato un buon livello riguardo le informazioni ricevute al momento della richiesta, sia per dell'accoglienza con (91%) su 6 ospiti 1 non ha risposto. Per chi ha avuto rapporti con gli uffici amministrativi li ha giudicati positivamente (78%). Ospiti che non sono interessati a frequentare il CDI sul fine settimana sono 6 su 12. 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 (100%) e quelle di animazione (91%), secondo 12 persone, dovrebbero essere potenziate, tra cui 2 non sono interessate ad nessun potenziamento

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 6 ospiti e sufficienti da un 5, limitati da 1 ospite, per quanto riguarda gli spazi esterni invece la percentuale scende : sono solo 3 a giudicarli adeguati, 2 sufficienti e 6 limitati e 1 non risponde (questo è soprattutto dovuto alla mancanza di un parcheggio adeguato)

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

Medico 91%

Infermiere (100%)

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 (96%). 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%).

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

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

Rispetto all'esperienza avuta, 9 Ospiti ritengono utile il CDI, 2 abbastanza utile e solo 1 lo ritiene non utile

Considerazioni sul CDI

Il 2012 è stato un anno di passaggio per il CDI, alla ricerca di un'identità dopo l'apertura del nuovo CDI Il Girasole.

Troppo concentrati sul nuovo centro, si è attesa la conclusione dell'anno per avviare una promozione sul servizio, che ha dato frutti nel 2013 con un buon numero di nuovi utenti.

Nel novembre dicembre 2012 gli utenti erano 9 con una media di 110 gg di presenza/mese mentre alla data attuale gli utenti sono 12 con una media di 150 gg di presenza/mese.

La tipologia di utenza più frequente in questo periodo, come ci si aspettava, è rappresentata da persone che hanno avuto esiti di Ictus o morbo di Parkinson, pertanto il centro dovrà adeguarsi a trovare risposte qualificate e specializzate per questa tipologia di utenza, mediamente più giovane, compromessa a livello motorio, ma con discreti margini di recupero.

La presenza di un fisioterapista a tempo pieno e di una neuropsicologa con cui si è stipulato un contratto di collaborazione stabile, permetteranno di attivare percorsi riattivanti specifici in modo da creare un servizio specializzato per un utenza che non trova sul territorio una risposta al di fuori del periodo immediatamente a ridosso dell'evento.

Prospettive del Centro Polifunzionale

Anno dopo anno, tra una perdita e una rimonta e una nuova perdita, ci si ritrova a valutare un servizio che presenta delle fragilità strutturali tali da richiedere una riflessione seria che conduca definitivamente il Centro Polifunzionale in una dimensione che possa garantire stabilità e pareggio di bilancio.

Tenuto conto che i costi totali del CPF (CA+CDI) sono di circa 700.000,00 per poter raggiungere l'equilibrio il Centro Polifunzionale occorrono almeno:

- 580.000 dalla CA
- 120.00 dal CDI

L'obiettivo della CA per il 2013 può essere quasi garantito se la saturazione della CA sarà al 100% e la sperimentazione si manterrà almeno sui livelli attuali fino al 31 luglio, quando cesserà.

Il CDI, pur registrando un buon incremento nel 2013, non riuscirà mai a raggiungere la quota di 120.000,00, ma nella migliore delle ipotesi arriverà a 105.000,00 €.

In ogni caso se la sperimentazione non continuerà, da sola la CA, pur prevedendo una saturazione (irrealistica) del 100% non riuscirà a coprire i costi (547.000,00) pertanto, sommando le entrate della CA + quelle del CDI si arriverebbe circa a 650.000,00, ma più realisticamente a 630.000,00/640.000,00, per cui è evidente che l'attuale organizzazione può forse tenere per il 2013, ma non può reggere nel tempo.

Del resto, mantenendo l'attuale tipologia di utenza, non è pensabile ridurre il personale, a meno di trovare alternative organizzative che garantiscano qualità e sicurezza a minor costo.

Né sembra realistico immaginare un aumento delle rette, già ampiamente fuori mercato o contare su proventi straordinari (contributi, lasciti ecc.).

Le tentate soluzioni, non hanno dato i risultati sperati e forse sono parte del problema.

Grazie alla sperimentazione, nel 2013 abbiamo qualche mese per mettere a punto una strategia che ci consenta di affrontare la seconda metà dell'anno e il 2014 con una proposta solida e di lungo respiro, che dovrà concretizzarsi già dall'agosto/settembre 2013.

Sicuramente la grande disponibilità del personale ad una flessibilità sull'organizzazione del servizio, oltre che essere la riprova del senso di responsabilità del gruppo del CPF, garantisce la possibilità di affrontare con maggior serenità i periodi di fluttuazione dell'utenza.

Di seguito si abbozzano alcune possibili strade da percorrere che dovranno essere attentamente vagliate da tutti i punti di vista e fortemente condivise.

1. Mantenere l'attuale tipologia di servizi/utenza tentando di far autorizzare la CA come comunità socio sanitaria, anche sfruttando l'esperienza della sperimentazione per post acuti e ampliare e specializzare l'utenza del CDI.

VANTAGGI:

- si mantiene l'organizzazione, cercando di effettuare qualche risparmio
- si mantiene l'attuale tipologia di utenza (più facile da attrarre)
- si specializza il CDI
- se prosegue la sperimentazione post acuti si ottiene un vantaggio economico

SVANTAGGI:

- utenza più impegnativa
- rette elevate col rischio di utenza fluttuante.

2. Cambiare gradualmente la tipologia di utenza, trasformando la CA in una struttura socio assistenziale (tipologia gradita all'ASL e alla Regione) che in questo modo potrebbe essere autorizzata e rientrare nella sperimentazione (non finanziata) e un CDI specializzato

VANTAGGI:

- utenza più leggera
- possibilità di abbassare le rette
- riconoscimento regionale

SVANTAGGI:

- difficoltà iniziale nel reperimento dell'utenza
- minori entrate e necessità di alleggerire l'organizzazione, attraverso tagli del personale

Il nuovo CDI “IL GIRASOLE”

Dopo una lunga gestazione il **28 giugno 2012** è stato inaugurato il nuovo **Centro Diurno Integrato “Il Girasole”**.



Nella tabella seguente illustriamo le tappe più significative

Dicembre 2010	Sottoscrizione comodato d'uso dell'immobile di via G.B. Cerletti,19 per 10 anni con AOVV	
Gennaio-marzo 2011	Inizio lavori di ristrutturazione 1° piano e acquisto arredi palestra Sede servizi domiciliari + palestra e ambulatorio CDI	Contributo Fondazione Tirelli (7.000)+ Contributo BIM (50.000) + contributo da privati (1000) + parte fondi propri (Jeremie 108.000)
Luglio 2011	Trasferimento Sede SAD-ADI nel nuovo stabile	1 richiesta FRIM non accolta
Marzo 2012	Avvio lavori di ristrutturazione piano terra	2 FRIM 75.000,00 (che arriveranno solo nel 2013)+ Contributo della Comunità Montana Valchiavenna (20.000)
Giugno 2012	Inaugurazione nuovo CDI	

Lavori in corso

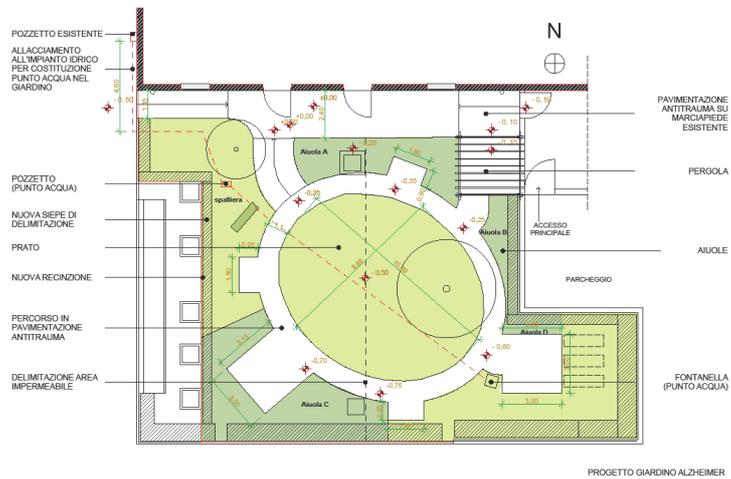


Il Giardino Alzheimer

Il giardino esistente prima dei lavori



Il Progetto



VISTA DEL GIARDINO

Viste giardino



La realizzazione



Il Progetto

Il Giardino Alzheimer crea un ambiente protesico specifici in grado di compensare i deficit funzionali e stimolare le abilità residue che la persona affetta da demenza può ancora esprimere.

Il Giardino diventava così "il luogo ideale per supportare un programma terapeutico di stimolazione sensoriale, esso nasce con le seguenti finalità:

- ridurre i problemi comportamentali e, in particolare: il disorientamento spazio temporale, i tentativi di fuga, il girovagare afinalistico (wandering) e le reazioni catastrofiche;
- ridurre l'uso dei farmaci psicoattivi
- ridurre, se non abolire, il ricorso alla contenzione
- rallentare il declino delle capacità funzionali
- stimolare le capacità residue
- stimolare la memoria remota dei pazienti nei riguardi delle loro attività precedenti, come ad esempio coltivare l'orto, accudire i fiori, passeggiare nel giardino, ecc.
- compensare i deficit cognitivi e funzionali causati dalla demenza.

Il Progetto tecnico è stato affidato all'Architetto Monica Botta, esperta in progettazione del verde terapeutico. La scelta non poteva essere migliore in quanto abbiamo trovato una persona competente, che è riuscita a coniugare la tecnica con una passione trascinante. Tramite lei ci siamo fatti conoscere al grande pubblico, in una serie di articoli apparsi sulla stampa nazionale e in alcuni convegni e abbiamo avviato una collaborazione con l'ambiente universitario per mettere a punto progetti sull'ortoterapia.

Il progetto è stato sottoposto all'Associazione Lions di Chiavenna, che condividendone le finalità, ha donato alla Cooperativa €. 8000,00 per la realizzazione del giardino.

I costi di realizzazione del CDI Il Girasole

Di seguito si illustrano le spese complessive di ristrutturazione del nuovo centro, comprensivo di sede SAD-ADI, palestra e nuovo CDI Il Girasole. La quasi totalità delle spese è stata coperta da contributi e finanziamenti, solo una piccola parte è stata coperta con fondi propri, utilizzando la ricapitalizzazione Jeremie per coprire la liquidità necessaria.

Ristrutturazione 1° piano	costi	entrate
Lavori idraulici	2.362,00	50.000,00 Contributo BIM 1.000,00 Contributo privato
Progetto termoidraulico	1.447,60	
Pavimentazioni	5.558,00	
Sanitari	533,00	
Impianto elettrico	13.538,00	
Progetto impianto elettrico	2.288,00	
Tinteggiatura	3.489,00	
Lavori edili 1 Piano	3.240,00	
Messa in funzione ascensore	2.110,00	
Porte	800,00	
Progetto impianto elettrico	2.288,00	
Arredi CDI	15.810,00	
Totale 2011-12	51.172,00	
Arredi palestra ambulatorio 2011	7.443,00	7.000,00 Contributo Fondazione Tirelli
Ristrutturazione Piano terra	costi	entrate
Lavori edili PT	24.180,00	65.000,00 Finanziamento FRIM 8.000,00 Contributo Lyons
Impianto elettrico PT	12.950,00	
Impianto termico PT	24.054,00	
Pavimentazione	4.372,0	
Tinteggiatura	3.066,00	
Progettazione	4.520,00	
Giardino Alzheimer	14.771,00	
Totale	87.913,00	
Sistemazione esterno	16.000,00	20.000 Contributo CMV
Impianto elettrico	1.800,00	
Lavatesta	598,00	
Pavimentazione	1717,00	
Porta	190,00	
Totale	20.305	
Altre spese, tinteggiatura esterna	10.000,00	
TOTALE	176.833,00	151.000,00 di cui 86.000,00 a fondo perso e 65.000,00 finanziamento a tasso agevolato

Obiettivi

Il CDI Il Girasole rappresenta un'autentica innovazione nel panorama dei servizi della Provincia di Sondrio, quale primo e unico CDI specializzato nel trattamento delle demenze.

E' un servizio diurno che si colloca nella rete dei servizi socio-sanitari per anziani, con funzione intermedia tra l'assistenza domiciliare e le strutture residenziali. Si rivolge ad anziani che vivono a casa, con compromissione parziale o totale dell'autosufficienza che necessitano di un supporto durante le ore della giornata, ma che possono contare su un rientro in famiglia nelle ore serali. E' specificatamente pensato e organizzato per accogliere persone con disturbi cognitivi, fino ad un massimo di 20 ospiti contemporaneamente.

Il CDI Il Girasole nello specifico si propone di:

- a) Offrire alla persona con problemi di deterioramento cognitivo un servizio in grado di :
- promuovere la qualità della vita, salvaguardare la dignità della persona, tutelare la sua sicurezza, finalizzando in tal senso l'organizzazione del lavoro e la disposizione degli spazi;
 - mantenere il più a lungo possibile i livelli di autonomia nelle attività della vita quotidiana, attuando modalità di aiuto che preservino e potenzino le funzioni conservate;
 - risolvere o ridurre i disturbi comportamentali, che sono la principale causa di stress e del carico assistenziale che favorisce la domanda di istituzionalizzazione, attraverso interventi individualizzati;
 - promuovere il maggior grado di lucidità evitando l'eccesso di sedazione farmacologica;
 - promuovere le migliori condizioni di salute attraverso un'attenta osservazione dei sintomi per evitare il rischio di insorgenza di altre patologie, attraverso un raccordo costante con i medici di base e attraverso forme di riabilitazione fisica per evitare disturbi secondari all'apparato motorio.
- b) Mettere a disposizione delle famiglie un servizio in grado di :
- fornire un sollievo all'assistenza continua dei malati di demenza
 - favorire il coinvolgimento dei familiari nelle scelte assistenziali e nei progetti, concordando gli obiettivi raggiungibili e le modalità di intervento (alleanza terapeutica);
 - offrire uno spazio di incontro, informazione e sostegno consulenziale per affrontare in modo adeguato la malattia del congiunto e i problemi assistenziali e psicologici connessi alla malattia e alla cura dell'anziano con demenza

L'esperienza

L'attività è iniziata il 2 luglio 2012, ma l'accreditamento è giunto solo ad ottobre. La contrattualizzazione dei posti è avvenuta solo nel 2013.

Gli utenti nel 2012 sono stati in totale 11, di cui 7 provenienti dal CDI di Bette. I nuovi utenti sono stati 4, i dimessi 3. L'avvio è stato abbastanza faticoso, ma alla data attuale si contano 12 utenti.

Il gruppo di operatori impegnati nel servizio, fortemente motivati e competenti, hanno garantito l'avvio di un servizio non facile e hanno permesso che il trasferimento dell'utenza da un centro all'altro avvenisse senza grandi sconvolgimenti.

Questionari di soddisfazione

Di seguito si illustrano i risultati della customer satisfaction, per i dettagli, consultare il grafico allegato

Il campione è stato calcolato considerando 10 ospiti del CDI.

Hanno risposto al questionari 10 familiari (non è stato possibile sottoporre il questionario agli ospiti in quanto troppo compromessi a livello cognitivo)

Complessivamente viene dato un giudizio positivo (10) da parte di tutti i parenti degli ospiti del CDI (100% di risposte positive).

I nuovi utenti hanno valutato un buon livello riguardo le informazioni ricevute al momento della richiesta, sia per dell'accoglienza con (100%) Per chi ha avuto rapporti con gli uffici amministrativi li ha giudicati buoni (100%). Ospiti che non sono interessati a frequentate il CDI sul fine settimana sono 6 su 10. Anche gli orari di funzionamento vengono giudicati appropriati (100%) Tutte del attività del Centro vengono apprezzate, quelle riabilitative e motorie (100%) e quelle di animazione (100%)

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

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

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

Il rapporto con le diverse figure professionali appare buono:

Medico (100%)

Infermiere (100%)

Personale di assistenza (100%)

Fisioterapista (100%)

Animatore (100%)

Il rapporto umano che viene dato da parte del personale di assistenza, viene giudicato da tutti parenti buono(100%)

Il coinvolgimento da parte della famiglia nelle decisioni che riguardano l'ospite, viene giudicato buono (100)

Così pure la famiglia ritiene di essere tempestivamente informata dei problemi di salute, eventuali cadute o altri aspetti dell'assistenza (100%) ritenendo completamente soddisfatte tutte le loro aspettative riguardo le cure ricevute da i loro cari.

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

Alla domanda in quale misura trova il centro utile, la maggioranza dei famigliari intervistati lo ritengono un servizio totalmente utile, solo un i famigliare lo ritiene parzialmente utile.

La maggioranza degli intervistati sono soddisfatti di come il servizio è impostato, elogiando l'organizzazione e la professionalità soprattutto del personale di assistenza, pochi hanno approfittato dello spazio per i suggerimenti, proposte di miglioramento. Alcuni affermano e confermano la loro riconoscenza per quello che quotidianamente viene fatto e garantito, più bene di così non si può fare. Un suggerimento da parte di un famigliare che chiede se fosse possibile avere all'interno del CDI la figura di un Geriatra, che possa seguire e valutare lo stato di salute e il comportamento di un malato di Alzheimer.

Andamento economico

I costi di gestione nel 2012 (65.000), hanno superato le entrate (51.000) in quanto , come già illustrato, il servizio è partito un po' in sordina, gli utenti sono arrivati con gradualità alcuni degli utenti in carico sono mancati alcuni periodi per motivi diversi e sono mancati i contributi ASL per i nuovi utenti (circa 7.300,00); inoltre sono state sostenute spese per acquisti non ammortizzabili. Parte dei costi di gestione sono stati ammortizzati come costi di star up.

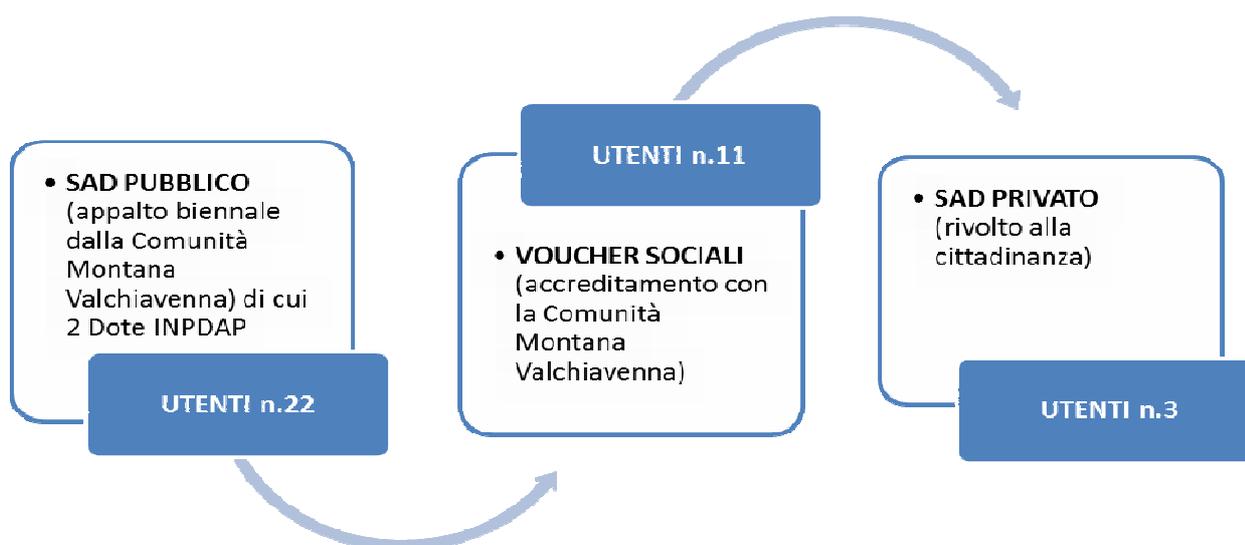
La valutazione dei primi mesi del 2013 è incoraggiante rispetto alla sostenibilità del servizio.

Servizio di Assistenza Domiciliare

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

Le prestazioni svolte a domicilio si articolano in prestazioni domestiche (assistenza presso il domicilio, preparazione pasti, piccole commissioni), igieniche (pulizia personale, controllo delle condizioni igieniche) e socio assistenziali (disbrigo pratiche, accompagnamento presso uffici, contatti con i familiari).

Utenza



Gli utenti del SAD pubblico, in appalto con la CMV sono stati nell'anno 22, di cui due con dote INPDAP. A gennaio 2012 erano 16 utenti, al 31.12.2012 erano 12. I nuovi utenti sono stati 7, i dimessi 11 (di cui dimessa e poi rientrata a fine anno).

Gli utenti del SAD privato sono stati 3 (di cui 1 come integrazione del voucher sociale)

Gli utenti dei voucher sociali sono stati 11, nessun utente nuovo, 2 dimessi per decesso, quindi al 31.12.2012.

Quindi in totale gli utenti del servizio domiciliare sono stati 36 contro i 45 del 2011.

Nell'analisi dell'utenza dei due principali servizi del settore, SAD pubblico e Voucher Sociali, nati l'uno per rispondere ad un'utenza fragile e senza reti e l'altro per rispondere alla domanda delle famiglie, in realtà non emergono grandi differenze.

Infatti la quasi totalità degli utenti dei due servizi presenta un disagio sociale e/o un'estrema fragilità legata all'assenza di reti significative di sostegno e, nella maggior parte dei casi, con una lunga storia di assistenza alle spalle.

Questo comporta almeno tre importanti conseguenze:

- ➡ Il SAD si configura come un **servizio marginale**, rivolto ad un'utenza povera, disagiata ed emarginata, quindi poco appetibile.
- ➡ Gli utenti del SAD sono quasi integralmente a carico dell'ente pubblico e quindi gli interventi sono fortemente **influenzati dai tagli della spesa pubblica**.
- ➡ Il SAD **non intercetta più i bisogni delle famiglie** e della classe media

Customer satisfaction

Si propone nel box seguente la sintesi dei questionari complessivi dei tre servizi (SAD-SDP-Voucher)

Totale questionari 26

chi risponde al questionario.

- 20 assistito
- 6 familiari

lei viene assistito stabilmente da un solo operatore oppure da più operatori?

- 20 un operatore
- 5 due operatori
- 1 tre operatori

in termini generali, e considerando tutto il periodo in cui lei ha usufruito del servizio di assistenza domiciliare, quanto è soddisfatto del servizio stesso?

- 26 molto soddisfatto

lei ha mai richiesto la sostituzione di un operatore?

- 1 si
- 25 no

qual è l'aspetto del servizio che ritiene più importante in assoluto?

- 9 igiene e cura dell'ambiente
- 7 igiene e cura della persona
- 3 mantenimento e sostegno all'autonomia
- 5 pasti
- 2 altro (supporto "psicologico")

ha mai usufruito di servizi di assistenza erogati da altri enti?

- 8 si
- 18 no

in generale la sua vita quotidiana è migliorata da quando usufruisce del servizio di assistenza?

- 10 si, esclusivamente grazie al servizio
- 4 si, anche per motivi legati allo svolgimento del servizio
- 11 no
- 1 non risponde

in generale la vita quotidiana della sua famiglia è migliorata da quando usufruisce del servizio di assistenza?

- 5 si, esclusivamente grazie al servizio
- 1 si, anche per motivi legati allo svolgimento del servizio
- 5 no
- 15 non rispondono

Andamento del servizio

Anche nel corso del 2012 si è assistito ad calo dell'utenza e delle ore di servizio, dovuto in parte a uscite fisiologiche (decesso, ricovero in RSA, aggravamento) e in parte per effetto dei tagli alla spesa pubblica.

I tagli si sono verificati sia nell'ambito dei servizi accreditati che nel SAD pubblico, composto da un'utenza a basso reddito e a elevata criticità sociale.

Il fatturato del SAD è sceso da 63.974 a 49.973 mentre quello relativo ai voucher sociali è sceso da 60.359 a 36.394. I servizi privati sono ancora diminuiti (5234,00 vs 6.827,56) in quanto risultano fuori mercato rispetto alla concorrenza (di circa 2/3 € all'ora) e al privato «in nero» che continua ad essere una risorsa facilmente reperibile. Per ovviare al problema si è cercato di introdurre tariffe differenziate, abbassando i costi sul Comune di Chiavenna, ma con scarso successo.

A fine 2011 erano state prese misure di contenimento dei costi, attraverso il taglio del personale, che infatti si evidenzia nei costi (i costi del personale sono passati da 119.132,00 a 86144,00), ma questo non è bastato perché le entrate sono diminuite ancora di 40.000,00, rendendo vane le misure attuate. Il calo è avvenuto sia nel SAD pubblico, che ha perso circa 14.000,00 (da 63.973,81 a 49.973,00) che nei voucher, dove la perdita è stata più consistente (da 60.359,00 a 36.393)

Nella successiva tabella vengono comparati i dati economici del settore, nell'ultimo biennio 2011-2012.

Raffronto SAD 2011-2012

COSTI	2011	2012	RICAVI	2011	2012
costi per servizi	16658,87	18461,51	Ricavi da prestazioni	135174,85	92848,30
costi per il godimento di beni	900,00	0	Altri ricavi e proventi	274,91	36,09
			Proventi straordinari		2524,5
Costi per il personale	88552,54	63436,21			
oneri contributivi	23833,26	17397,41			
TFR	6746,84	5311,18			
Altri costi	375,14	1736,17			
Oneri diversi di gestione	1661,68	2593,34			
Oneri straordinari	0,00	0,00			
quota parte generale	15215,09	12957,93			
totale	153943,42	121892,93		135449,76	95408,89
 margine negativo	-18493,66	-26484,04			

Riflessioni

Non si sono verificati problemi rispetto alla gestione dei casi, poiché nella maggioranza conosciuti dalla Cooperativa e seguiti anche negli anni passati.

Sicuramente però la tipologia di utenza caratterizzata, da emarginazione sociale e da assenza di valide reti di sostegno, ha reso difficoltoso il perseguimento di obiettivi di collaborazione con la famiglia e di integrazione sociale.

Si è tentato di coinvolgere le principali associazioni per attivare il progetto di vicinato solidale, ma senza risultati concreti, ogni associazione è concentrata sul proprio ambito di intervento e non ha né interesse né risorse per costruire una rete più ampia.

Dal punto di vista organizzativo il servizio con 5 operatori è stato particolarmente facile da gestire, tanto che gran parte delle ore del Coordinatore sono state dirottate sull'ADI.

Il gruppo del SAD inoltre è molto affiatato e collaborativo, ed è riuscito, nonostante qualche momento di sconforto e di stanchezza, a continuare ad affrontare le sfide quotidiane, che a domicilio sono sempre complesse, in quanto vanno ad incarnarsi nelle storie delle persone, spesso non facili.

Se mai qualche preoccupazione rispetto al futuro, rispetto alla possibilità di mantenere i contratti in essere. A tale proposito a fine anno, due operatori hanno deciso di diminuire i propri contratti, da 24 a 18 ore e dal 30 a 24 ore. Inoltre dal 2013 le pulizie del servizio domiciliare vengono eseguite da un operatore SAD, con un risparmio di 5/6 ore settimanali.

Gli operatori del SAD si sono inoltre resi disponibili a coprire eventuali necessità occasionali del CPF e del CDI il Girasole, evitando di dover ricorrere a personale esterno, tenendo tuttavia conto prioritariamente delle esigenze del servizio domiciliare.

Prospettive

Lo scenario che si prospetta nel 2013 appare particolarmente critico per il progressivo ridimensionamento delle ore di servizio.

Si intravede qualche spiraglio di luce, nell'opportunità che l'aggiudicazione del **progetto** presentato alla **Fondazione Cariplo "Interventi a sostegno della domiciliarità"** porta al settore.

Pur con fatica si stanno presentando nuovi casi, per il **"Sollievo Demenze"** facilitato anche dai costi davvero esigui per l'utenza. Questo significa richiedere una grande flessibilità agli operatori in termini di orari, spesso collocati al pomeriggio o al sabato, ma nel contempo ci consente di uscire all'esterno con una proposta nuova e di seminare per il futuro.

Il progetto è rivolto alle famiglie con pazienti affetti da demenze per sollevare il caregiver per alcune ore durante la settimana attraverso pacchetti di ore da utilizzare con una certa flessibilità.

Il progetto, oltre al sollievo demenze, presenta una seconda azione rivolta alla costruzione di uno **"Sportello Badanti"**, per aiutare le famiglie a ricercare personale qualificato, referenziato e idoneo e per consentire alle badanti di trovare un luogo dove poter far crescere la propria professionalità e trovare opportunità di lavoro.

Un altro segnale arriva dall'ASL, che ipotizza la creazione di un voucher per le famiglie con pazienti affetti da demenza.

Nonostante questo, le strategie per il futuro non lasciano grandi spazi all'immaginazione, e pur con grande fatica siamo costretti ad accettare che questo servizio non è più sostenibile e richiede misure urgenti di contenimento dei costi, che non possono non passare da un ridimensionamento dei contratti del personale e dal graduale assorbimento degli operatori in altri servizi della cooperativa.

Quanto ai contratti con l'EP, si valuterà l'opportunità di partecipare o meno alla gara d'appalto del SAD.

Assistenza Domiciliare Integrata

Servizio ADI

Il servizio nel 2012 ha avuto un ulteriore sviluppo, passando da un fatturato di €. 197.147,00 a un fatturato di €. 197.396,55 nel 2012, a cui si sono aggiunti i ricavi del servizio di Ospedalizzazione domiciliare cure palliative pari a €. 25.028,00, portando il totale a € 222.175,00.

Gli utenti dei voucher e credit, quindi con prestazioni continuative per almeno un mese, sono stati n.83, mentre le estemporanee in totale sono state n.2435, per una media di c.a. 350 pazienti. A settembre una delle infermiere a tempo pieno, ha cessato il servizio ed è stata da 2 IP a part time. L'incarico di Coordinamento per il 2012 è stato assegnato alla Coordinatrice del SAD, Giusy Vanoni.

Nel 2012 sono proseguite le convenzioni con gli specialisti storici (Fisiatra,Psicologo), mentre l'incarico di medico specialista è stato ricoperto dal Dr. Ravasio.

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

Nel luglio 2012 tutto il settore ha dovuto adeguarsi alla nuova normativa relativa all'accreditamento. Ciò ha comportato una revisione delle procedure e della documentazione in essere, la redazione di nuovi protocolli. Quindi è stata ripresentata domanda di accreditamento alla ASL e alla Regione, con esito positivo. Nel frattempo è cambiato anche il sistema di rendicontazione e valorizzazione dell'ADI, che nel complesso non hanno avuto effetti negativi sul settore.

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

ADI Cure Palliative

Il servizio, parte integrante dell'ADI, sia pur con un accreditamento specifico, nonostante l'avvio dell'ODCP ha proseguito regolarmente. I casi nel 2012 sono stati n.23.

Il fatturato è stato di 43.700,00.

Nel 2012 il servizio di cure palliative in accreditamento con l'ASL è stato affiancato dal servizio di Ospedalizzazione Domiciliare a favore malati oncologici, in convenzione con l'Azienda Ospedaliera Valtellina e Valchiavenna

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

Nel 2012 i casi di ODCP sono stati n.20.

Il fatturato relativo al servizio è stato di €. 25.028,00.

Il servizio fin dall'inizio ha mostrato una serie di criticità:

-lontananza dalla sede centrale collocata a Morbegno a cui si doveva ricorrere per qualsiasi farmaco e per le equipe; in primavera si è ottenuto dall'AOVV di creare una farmacia all'interno dell'Ospedale di Chiavenna, tuttavia per le equipe e per la consegna dei documenti occorreva ricorrere all'Hospice di Morbegno.

- incombenze amministrative "pesanti"

- scarsa organizzazione da parte della sede centrale

- difficoltà con il MCP

A fine anno quando l'AOVV ha comunicato di voler interrompere la convenzione, si è deciso di buon grado di non ostacolare tale decisione.

Per l'equipe gestire 43 casi di cure palliative è stato molto impegnativo, soprattutto nei mesi estivi, in cui, a causa delle ferie, gli operatori erano in numero sempre ridotto. Per questo si è deciso di ampliare l'organico degli infermieri, portandoli a 4 unità anche per suddividere i turni di reperibilità.

A fine anno è cessato anche il contratto con il MCP, in quanto operante nel servizio di ODCP, dal 2013 in concorrenza con la Cooperativa.

Considerazioni

Grazie alla riforma del welfare e per effetto delle nuove norme di accreditamento, il servizio ADI è stato valorizzato e maggiormente professionalizzato.

La riforma non ha richiesto modifiche sostanziali dell'assetto organizzativo, a parte l'obbligo di apertura della segreteria 40 ore settimanali.

Ambulatorio e Palestra di Fisioterapia

Il servizio nel 2012 è decollato, ma solo per quanto riguarda l'attività riabilitativa, sia per quanto riguarda i trattamenti individuali ambulatoriali che i gruppi riabilitativi. I pazienti dell'ambulatorio sono stati n.50, alcuni dei quali per trattamenti prolungati, mentre gli utenti dei gruppi sono stati n.55, molti dei quali hanno frequentato più di un gruppo nel corso dell'anno.

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

Il servizio nel 2012 ha avuto un'entrata di €. 20.635,81 contro €. 15.178,99 di spese, con un margine operativo netto di 5.456,82.

Soggiorno Marino Anziani

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

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

Nel 2012 gli anziani che hanno partecipato al Soggiorno Marino sono stati solo n. 30, pertanto per il 2013 si è deciso di sospendere il servizio, in quanto probabilmente ha esaurito la sua funzione.

Il servizio ha avuto un margine operativo di 1.641,99, anche se, come già illustrato più volte, sono escluse dal calcolo le ore degli operatori interni alla cooperativa (capogruppo), che, ove calcolati, annullerebbero il margine positivo.

4. Governance

4.1 IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Il CdA è stato nominato nel 2011, partito con n.6 membri, attualmente è composto da n° 5 membri, in quanto il membro esterno ha rassegnato le dimissioni e l'Assemblea ha deciso di ridurre il numero dei consiglieri da 6 a 5 Il CdA in ogni caso durerà in carica fino ad aprile/maggio 2014.

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 2012 si è riunito 8 volte e la partecipazione media è stata del 95% .

Il CdA si avvia a concludere il proprio mandato, che scadrà fra circa un anno. E' fondamentale utilizzare questi mesi per preparare la nuova classe dirigente, dal momento che gran parte degli attuali membri del consiglio, in particolare quelli storici, non potranno più essere eletti, per statuto.

Sono allo studio del consiglio le strategie per facilitare il ricambio generazionale come le riflessioni sull'organizzazione nel suo complesso e sulle relazioni con il sistema cooperativo.

4.2 L' ASSEMBEA

L'Assemblea dei Soci è costituita da tutti i soci. E' l'organo guida e delinea la visione, la missione della Cooperativa e gli orientamenti strategici cui devono sottostare tutti gli organismi inferiori sia politici che operativi. L'Assemblea Ordinaria dei Soci, che deve avere luogo almeno una volta all'anno, approva il Bilancio d'Esercizio e il Bilancio Sociale, elegge i membri del Consiglio di Amministrazione, il Presidente, l'Organo di controllo, la Società di revisione e approva i regolamenti interni nonché i progetti e i documenti sottoposti dal CdA. Nel 2012 le Assemblee sono state n°2.

4.3 ORGANI DI CONTROLLO

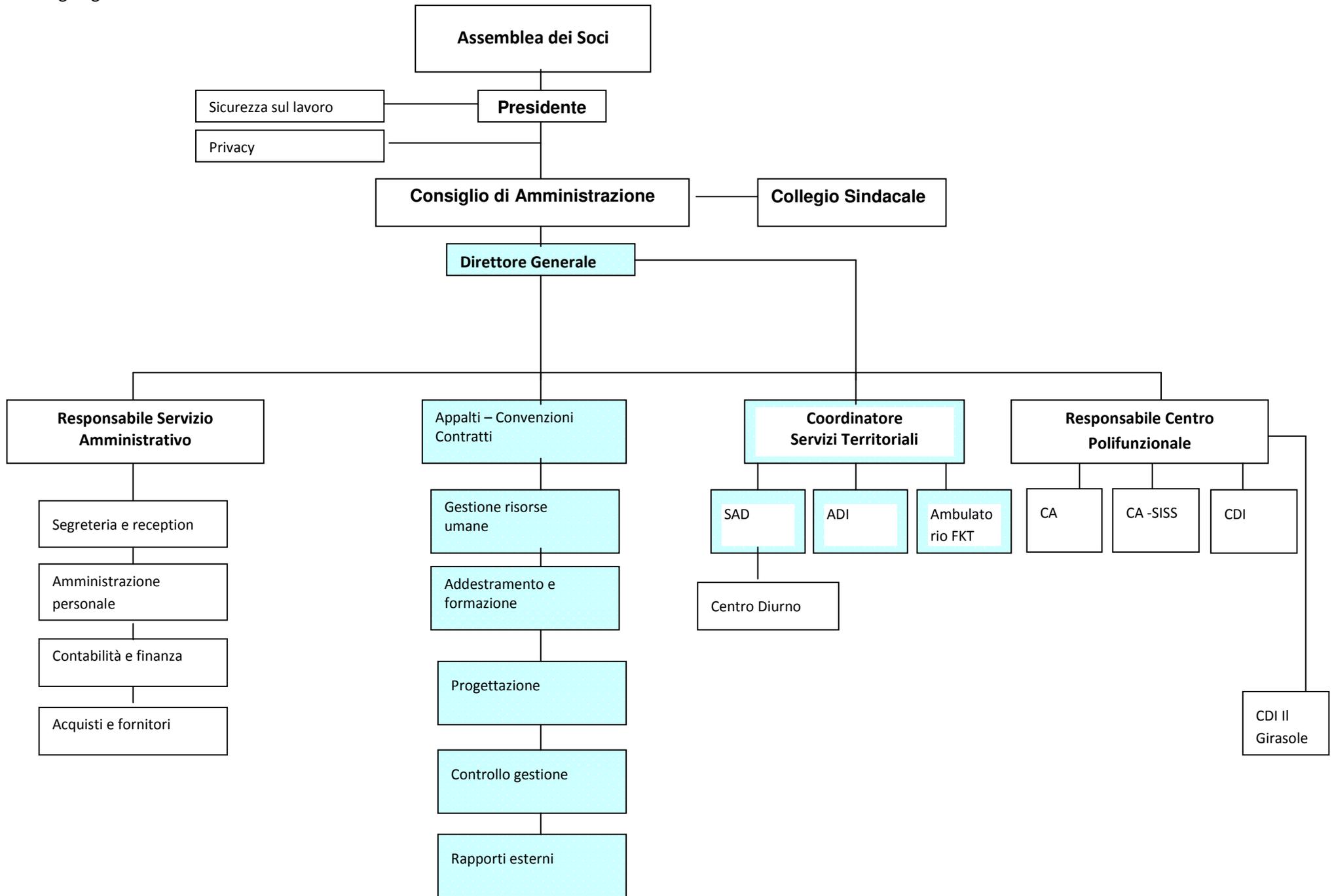
Dal 2012 la Cooperativa, avendo superato i 120.000,00 di capitale sociale ha dovuto dotarsi di un Collegio Sindacale.

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

4.4 STRUTTURA DI GOVERNO

Di seguito si visualizza l'Organigramma della Cooperativa.

Organigramma



5. Portatori di interesse

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

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

5.1 MAPPA DEI PORTATORI DI INTERESSE



5.2 BASE SOCIALE (Stakeholder interni)

Rapporto associativo

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

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

Al 31/12/2012 i soci lavoratori erano 26 su 34 soci. I non soci sono sostanzialmente ex lavoratori che hanno voluto mantenere la qualifica di socio. Un socio è rappresentato da un'associazione. Si è mantenuta nella base sociale anche la socia scomparsa, in quanto gli eredi sono subentrati nella posizione di Jeremie.

Al 31.12	2011	2012
Soci	34	34
Soci lavoratori	27	26

La qualifica di socio-lavoratore non è automatica e richiede un percorso di conoscenza reciproca di durata variabile che impone, oltre ad un continuo confronto e scambio di informazioni ed intenti, un momento di verifica mirata ad individuare la reale possibilità di inserimento nella base sociale dei nuovi assunti e la valutazione di aderenza con il sistema di valori della Cooperativa. Occorre infatti verificare la capacità di immettere nel proprio lavoro quotidiano il valore aggiunto dell'essere cooperatore, di essere cioè portatore di una pratica professionale in cui accanto alle competenze professionali vive e si esprime un progetto sociale. In certi casi la compatibilità rispetto all'affinità associativa può essere determinante anche per la prosecuzione del rapporto di lavoro in quanto L'Arca ha scelto in questi anni di mantenere e sviluppare un assetto societario a *mutualità prevalente consapevole*. Processo questo che da un lato costituisce una *garanzia* nella separazione degli ambiti (base sociale/lavoratori non soci) ma contemporaneamente rappresenta una *criticità gestionale ed organizzativa*.

L'Arca applica il Contratto Collettivo Nazionale delle Cooperative Sociali per tutti i lavoratori e per i soci. Si avvale altresì di contratti di collaborazione laddove la tipologia di lavoro e di esecuzione delle commesse lo prevedano.

Il numero dei soci-lavoratori con un contratto dipendente permane prossimo al 100% così come il numero di contratti a tempo indeterminato (indice di stabilità occupazionale). L'unico contratto rinnovato di anno in anno è il medico. Unico collaboratore socio è Medico del Centro, il cui contratto viene rinnovato di anno in anno, ma che di fatto è indeterminato.

La fascia di età maggiormente rappresentata tra i soci lavoratori è quella over 45.

Capitale sociale

Nel 2012 la quota di capitale sociale è di **€. 138.975,00.**

Risorse Umane

L'Arca si occupa da anni di una gamma diversificata di servizi, che sono però legati da un comune denominatore: l'attenzione alla persona. Occuparsi degli altri implica una forte responsabilità morale e professionale; è per questo motivo che la qualità dei servizi che eroghiamo diventa il nostro obiettivo primario. L'Arca riconosce **la centralità delle Risorse Umane**, nella convinzione che il principale fattore di successo di ogni impresa, ed in particolare di quelle operanti nel settore dei servizi, sia costituito dalla professionalità delle persone che vi operano. Ai nostri collaboratori si richiede dunque un'elevata professionalità, accompagnata dalla consapevolezza che il prendersi cura degli altri comporta un forte investimento personale ed umano.

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

L'Arca lavora per il miglioramento continuo dei propri progetti e servizi, per la valorizzazione del lavoro sociale e dei professionisti coinvolti nelle attività. In questo senso è costante l'attenzione alla formazione e all'aggiornamento del personale.

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

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

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

Ultimo dei fattori che presentiamo è la prospettiva temporale. Le risorse umane infatti non sono una "merce" di scambio ma elementi appunto *umani* che intrattengono relazioni complesse con il sistema nel quale operano. La durata della loro permanenza presso la cooperativa può in certi casi essere più importante rispetto ad altri fattori. Per questo occorre investire nella "manutenzione" e valorizzazione delle risorse umane in tutte le fasi, tenendo sempre alta la motivazione e individuare meccanismi di gratificazione e ricompensa. Purtroppo un'organizzazione come L'Arca, sempre impegnata in trincea a presidiare i bilanci, finisce per perdere di vista il capitale più importante.

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

I Lavoratori

I LAVORATORI SUBORDINATI

La Cooperativa si avvale prevalentemente, nello svolgimento delle proprie attività, della prestazione lavorativa dei soci, anche se i dipendenti sono diventati una quota consistente.

I soci lavoratori dipendenti al 31/12/2012 erano 24 sul totale di 45 lavoratori dipendenti, pari al 53%, una percentuale decisamente più bassa rispetto al passato.

I COLLABORATORI

I Collaboratori si distinguono in stabili e occasionali.

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

- Medici (Direttore sanitario, Medico Cure palliative tot 2) a partita IVA
- Psicologo (1) a partita IVA
- Fisioterapisti (4) di cui 1 a partita IVA - 2 mini.co.co e 1 Collaborazione a progetto.

Da precisare che le collaborazioni professionali non a partita IVA sono state avviate su precisa richiesta dei lavoratori.

Durante l'anno sono state attivate altre collaborazioni occasionali per sostituzioni e lavori temporanei (IP per soggiorno marino, cuoca e operatrice per brevi sostituzioni).

Tra i collaboratori vi è un unico socio lavoratore.

I collaboratori al 31/12/2012 erano 6, di cui 1 socio lavoratore e 1 in maternità.

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

ANDAMENTO DELL'OCCUPAZIONE

Al 31.12.2012 i lavoratori a libro paga erano n. 45 ma 3 hanno cessato rapporto di lavoro il 31 dicembre, pertanto al 1.01.2013 i lavoratori a libro paga erano n. 42.

Nell'arco del 2012 in totale i lavoratori a libro paga sono stati 56 (di cui 3 c collaboratori)

I collaboratori esterni stabili a P.IVA sono stati n.4.

	Subordinati	Copro e mini co.co	P.IVA	Totale
N° occupati al 1/01/2012	37	0	4	41
avviati nell'anno	16	3	4	19
cessati nell'anno	12	2	1	15
collaboratori saltuari		4		4
totale nell'anno	53	3	4	60
N° occupati al 31/12/2012	45	2	4	51

Di seguito riportiamo le motivazioni delle dimissioni dei 15 lavoratori cessati (di cui 3 collaboratori):

- 1 per cessazione aspettativa non retribuita
- 1 per raggiunti limiti di età
- 1 per decesso
- 1 per motivi personali (ricerca altro lavoro)
- 1 per motivi di salute
- 3 per mancato superamento del periodo di prova
- 4 per scadenza contratto a tempo determinato
- 3 per scadenza contratto di collaborazione

RAPPORTO DI LAVORO

	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Totale
Tot. lavoratori a libro paga 2012	43	13 di cui 3 collaboratori	56
In maternità	1	1 collaboratore	2
In aspettativa	1	0	1

IL PART-TIME

L'Arca ha utilizzato il 95 % di contratti part-time rispetto al totale dei contratti in essere nel 2012. E' necessario sottolineare che questo strumento contrattuale risponde ad esigenze differenti :

- » Il 67 % dei lavoratori ha un contratto part-time in risposta alle particolari esigenze personali
- » I restanti contratti part-time del personale rispondono a necessità miste, personali e organizzative dei servizi.

	Tempo pieno	Part time	Totale
Tot. lavoratori a libro paga 2012	3	53 di cui 3 collaboratori	56

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 2012 sono stati 9, 4 donne e 5 uomini.

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

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

Un particolare ringraziamento a Massimo Lera, oltre che per l'attività ordinaria di trasporto e manutenzione, per il fondamentale aiuto nella realizzazione del Centro Diurno Il Girasole e per i mille lavori eseguiti nel CPF, ma soprattutto per la pazienza e la collaborazione nel dare attuazione a tutti i mille pensieri stravaganti delle donne dell'Arca.

La Formazione

La crescente e sempre più articolata complessità delle problematiche dell'utenza, unite agli obblighi derivanti dall'accreditamento dei servizi, dalla sicurezza sul lavoro e dagli obblighi della formazione continua delle figure sanitarie e sociali, rendono la formazione un adempimento imprescindibile per le organizzazioni socio sanitarie.

In particolare quest'anno la sicurezza sul lavoro ha avuto una parte fondamentale in virtù degli obblighi derivanti dal Decreto Stato-Regioni del dicembre 2011 che ha reso obbligatoria la formazione dei neo assunti e una graduale riqualificazione di tutti gli operatori rispetto alla formazione generale e specifica, da concludere entro il giugno 2013.

Come ogni anno sono stati redatti Piani della Formazione per ogni settore:

- SAD
- ADI
- CDI-CA

Di seguito si riassumono i corsi realizzati

1) FORMAZIONE TRASVERSALE SULLA SICUREZZA SUL LAVORO

Corso di prevenzione antincendio (corso aziendale in collaborazione con Consorzio Consolida Lecco) c/o sede della Cooperativa L'Arca

- Hanno partecipato n. 6 operatori dell'ADI(5 ASA ADI+ Coordinatore ADI)

Corso di Primo Soccorso (corso aziendale in collaborazione con Consorzio Consolida Lecco) c/o sede della Cooperativa L'Arca

- Hanno partecipato n.6 operatori del l'ADI(5 ASA CDI+ 1 IP)

Corso per Dirigenti (corso interaziendale realizzato direttamente dal Consorzio Consolida Lecco)

- Al corso ha partecipato il Direttore della Cooperativa nella sede di Lecco

Corso sui temi generali della Sicurezza (corso aziendale in collaborazione con Ditta Ecolario di Colico)

- Corso aziendale c/o Cooperativa L'Arca
- Corsi c/o Ecolario

In totale hanno frequentato la formazione modulo generale n.26 operatori + n.9 neoassunti

Corso di formazione sulla sicurezza alimentare

Hanno partecipato al corso 2 ASA del CDI Il Girasole

2) SAD

Stesura e monitoraggio del PAI

I temi fondamentali trattati all'interno del corso sono stati i seguenti:

- Piani Assistenziali Individualizzati cenni teorici
- Gli elementi che influenzano la traduzione operativa dei Piani Individualizzati
- I requisiti e le fasi di sviluppo di un Piano Individualizzato
- I principali elementi oggetto di verifica
- Il coinvolgimento reale dell'equipe ed il processo valutativo
- Analisi da parte dei partecipanti di alcuni progetti a titolo esemplificativo
- La gestione operativa ed il monitoraggio dei Piani Individualizzati: verifiche interne
- La verifica quali-quantitativa dei risultati raggiunti

Il ruolo dell'utente/famiglia nell'elaborazione e verifica ei PAI

Il corso è stato realizzato internamente dalla Responsabile e dalla Coordinatrice del SAD e ha avuto la durata di 2 incontri.

Hanno partecipato tutte le operatrici del SAD

Utilizzo efficace della documentazione di servizio

Il corso aveva l'obiettivo di affinare le competenze degli operatori nell'utilizzo e tenuta della documentazione di servizio, soprattutto in relazione agli adempimenti derivanti dall'appalto SAD.

Contenuti

- Cornice teorica
- Analisi della documentazione di servizio
- Istruzioni per la corretta tenuta della documentazione
- Istruzioni per una corretta valutazione dei casi

Il corso è stato realizzato internamente dalla Responsabile e dalla Coordinatrice del SAD e ha avuto la durata di 1 incontro.

Hanno partecipato tutte le operatrici del SAD

Corso Verso un nuovo welfare territoriale: quale ruolo per le cooperative sociali ? Laboratorio formativo per dirigenti di cooperative sociali

La Coordinatrice ha frequentato come uditore il percorso organizzato dal Sol.Co in collaborazione con Consolida Lecco per dirigenti di cooperative sociali.

Corso di counselling

La Coordinatrice ha frequentato on line il corso di counselling organizzato dal Centro Studi Erickson di Trento.

3) SERVIZIO ADI

Corso ECM sulle Ulcere cutanee

Il corso rispondeva all'esigenza di sistematizzare le informazioni teoriche e le prassi operative in materia di trattamento delle lesioni cutanee e di rivedere i protocolli in uso.

E' stato realizzato alla fine del 2012, presso la sede della Cooperativa L'Arca, in collaborazione con Consorzio Consolida Lecco, all'interno della formazione finanziata da FONCOOP. Per il corso, di 8 ore sono stati richiesti i crediti ECM.

Hanno frequentato il corso tutti gli infermieri dell'ADI (n.4) + 1 OSS)

Docenti: IP Studio Infermieristico Almasi patrizia e Bonanno Antonella, di Sondrio.

XIX CONGRESSO NAZIONALE SICP 2012

Al Congresso ha partecipato un nuovo infermiere dell'ADI-CP

Aggiornamento cure palliative

Nell'ambito della convenzione con l'AOVV, per l'ospedalizzazione domiciliare, 3 IP dell'ADI hanno frequentato il corso di formazione presso l'Hospice di Morbegno, che ha riconosciuto anche i crediti ECM.

Come cambia il welfare lombardo: Gli impatti dei nuovi requisiti di accreditamento universali e dell'Accreditamento ADI sulle cooperative

Ha partecipato al convegno la Responsabile ADI

4) CDI-CA

Ortoterapia - Terapia Orticolturale

L'Educatrice del CDI ha partecipato al corso di Ortoterapia - Terapia Orticolturale Modulo base Modulo base si proponeva di offrire al corsista le indicazioni per l'ideazione e realizzazione di uno spazio verde nel quale poter lavorare con tecniche di ortoterapia.

Argomenti trattati: la corretta impostazione e gestione di un orto produttivo usufruibile da disabili; tecniche di manutenzione di un'area a verde; vivaismo applicato.

Docenti: Tina Ponzellini, Marco Zonca – Parco Agrario di Monza

Durata del corso: 24 ore (3 gg.)

Date: dal 26 al 28 settembre (Monza)

XIX Giornata Mondiale Alzheimer E I Mese Mondiale Alzheimer Convegno "Alzheimer: Viverlo Insieme"

Al seminario, realizzato in occasione della Giornata Mondiale dell'Alzheimer dalla Fondazione Alzheimer Italia a Milano il 21.09.2012, hanno partecipato un' ASA e la Responsabile del CDI.

Corso Validation 2° Livello

E' stato frequentato dalla Responsabile del CDI, che ha ottenuto il certificato di 2° livello, che abilita alla gestione dei gruppi Validation. Il percorso della durata di circa 1 anno, si è svolto a Melegnano c/o Fondazione Castellini abilitata alla diffusione del Metodo Validation.

Corso ECM sulle Ulcere cutanee

Al corso organizzato per l'ADI, hanno partecipato anche gli operatori de CDI-CA.

Hanno frequentato il corso tutti gli infermieri del CDI-CA-SISS (n.4)

Docenti: IP Studio Infermieristico Almasi patrizia e Bonanno Antonella, di Sondrio.

5.4 LE RETI (stakeholder esterni)

Piani di Zona

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

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

Associazioni

Nel 2012 sono stati intrattenuti rapporti con l'Associazione Chicca Raina, per un confronto sulle cure palliative e il progetto di Ospedalizzazione domiciliare.

Nel corso dei lavori del Piano di Zona, vi sono stati proficui momenti di scambio e confronto con le principali associazioni del territorio che operano a favore degli anziani .

RETE SISTEMA COOPERATIVO

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

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

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

I COMMITTENTI

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

I principali committenti sono stati:

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

CLIENTI

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

FORNITORI

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

ENTI FINANZIATORI PUBBLICI E PRIVATI

Nel corso del 2012 abbiamo ricevuto diversi contributi a fronte di progetti per quanto riguarda il nuovo CDI, da parte:

- dalla Comunità Montana Valchiavenna € 20.000,00 per il CDI Il Girasole
- dalla Fondazione pro Valtellina- Tirelli € 9.000,00 per lavori ristrutturazione nella CA
- dai Lions € 8.000,00 per la realizzazione del Giardino Alzheimer
- dall'INAIL per la Dote sicurezza € 4.900,00 per finanziare la formazione sulla sicurezza sul lavoro.
- dalla Fondazione CARIPLO è stato assegnato contributo di € 60.000,00 per il progetto "Interventi a sostegno della domiciliarità" partito però solo nel 2013.

A tutti un sentito ringraziamento.

DONATORI

Nel 2012 la Cooperativa ha percepito donazioni da privati per un totale di € 1.050,00 a favore del servizio cure palliative da familiari pazienti.

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

FRUITORI

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

L'utenza

L'Arca ha seguito nel 2012 n° 351 utenti, suddivisi nei diversi servizi. Non sono rappresentati gli utenti del Centro anziani di S.Croce in quanto ha un utenza variabili, gli utenti del soggiorno marino in quanto occasionali e gli utenti dell'ADI per estemporanee (circa 350).

n. 56 utenti CA
n. 04 utenti SISS
n. 20 utenti CDI Bette
n. 04 utenti CDI Il Girasole + 7 trasferiti dal CDI di Bette
n. 105 utenti ambulatorio palestra FKT
n. 36 utenti SAD
n. 83 utenti ADI
n. 23 utenti cure palliative
n. 20 utenti ospedalizzazione domiciliare cure palliative

Se si considerano i settori più rilevanti della cooperativa, settore domiciliare nel suo complesso, (162 utenti stabili) e centro polifunzionale (84), in termini di utenza è il settore domiciliare a prevalere (circa il doppio dell'utenza).

Complessivamente comunque il target dell'Arca è rappresentato da persone anziane, che rappresentano l'80% degli utenti seguiti, in linea con la scelta di specializzazione.

Gli utenti con disabilità o disagio, costituiscono un'utenza tipica del SAD pubblico. Anche nell'ADI, pur seguendo utenti di tutte le età, la prevalenza è comunque costituita da anziani ma ha cominciato a crescere anche l'utenza non connotata dall'età per i servizi riabilitativi (105) ma che hanno un peso diverso rispetto alla presa in carico.

6. Dimensione economica e analisi del valore aggiunto

6.1 DIMENSIONE ECONOMICA

L'andamento della dimensione economica, sebbene sia un elemento strumentale al perseguimento delle finalità sociali dell'organizzazione è in grado di influenzare più o meno direttamente il perseguimento della mission della società. Per questo diventa necessario introdurre nel bilancio sociale anche elementi di riclassificazione e valutazione dei dati economici derivanti dal bilancio civilistico che consentano di analizzare l'andamento da un nuovo punto di vista e raffrontarne i risultati nel tempo. Attraverso un'opportuna riclassificazione dei dati del Conto Economico possiamo rappresentare il processo di formazione del Valore Aggiunto dell'organizzazione e la sua distribuzione tra tutti coloro che, in quanto stakeholders, a vario titolo hanno un rapporto di "scambio" con essa. Il Valore Aggiunto rappresenta quindi la ricchezza che l'organizzazione crea nello svolgimento della propria attività e come questa viene distribuita a beneficio delle diverse categorie di soggetti che hanno concorso a produrla. E' interessante analizzare, anche attraverso un confronto pluriennale, come L'Arca, in ottemperanza ai propri "valori di missione", riesca costantemente a produrre ricchezza da distribuire principalmente ai lavoratori. All'interno di questa categoria si evidenzia il costante incremento della percentuale di ricchezza distribuita ai Soci Lavoratori. Quanto sopra a sostegno delle finalità di condivisione, stabilità occupazionale, retributiva e di sviluppo dell'impresa attraverso la politica della mutualità prevalente. Il Valore della Produzione è costituito dai ricavi di tutti i settori di attività. Il dato evidente è uno sviluppo equilibrato e costante nel tempo con il mantenimento e l'incremento del fatturato in tutte le attività a conferma dell'applicazione della strategia, ritenuta da anni vincente, della diversificazione oltre che dei settori anche delle tipologie di attività all'interno degli stessi.

Il bilancio 2012 chiude con una perdita di €. 33.637,00, dovuta in gran parte alla diminuzione delle entrate, sia per quanto riguarda il SAD che la Comunità Alloggio a fronte di costi lievemente aumentati. Come si vede dalla seguente tabella (A) sono diminuite le entrate provenienti dall'Ente Pubblico, sostanzialmente i servizi in appalto/accreditamento con la Comunità Montana Valchiavenna che passano da 298.724,00 del 2011 al 245.014 nel 2012.

STEP 1 - VALORE DELLA PRODUZIONE

A	Produzione ricchezza economica	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
	Privati e famiglie	637.752,00	639.250,00	677.123,00
	Imprese private			
	Consorzio			
	Enti pubblici e aziende sanitarie	300.309,00	298.724,00	245.014,00
	Contributi pubblici	98.756,00	94.864,00	90.618,00
	Finanziatori			8.000,00
	Donazioni private (comprehensive del 5 per mille)	3.865,00	8.560,00	5.368,00
	Rimanenze finali			
	Altri proventi (proventi straordinari, proventi vari)	414,00	1.604,00	7.483,00
	Altro (immobilizzazioni start up)	-	-	17.171,00
	Totale	1.041.096,00	1.043.002,00	1.050.777,00

B	Costi da economie esterne e ammortamenti	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
	Fornitori di beni da economie esterne	261.572,00	236.676,00	265.915,00
	Variatione rimanenze iniziali/finali per materie prime e merci	52,00	706,00	488,00
	Ammortamenti e accantonamenti	26.335,00	26.868,00	42.709,00
	Oneri straordinari	529,00	189,00	1.886,00
	Altro	-	-	-
	Totale	288.488,00	264.439,00	310.998,00
C = A-B	Valore aggiunto	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
	Totale	752.608,00	778.563,00	739.779,00

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

STEP 2 - DISTRIBUZIONE VALORE AGGIUNTO

D	Sistema cooperativo	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
	Consorzio di riferimento	-	-	-
	Cooperative sociali	-	-	-
	Cooperative non sociali	-	-	-
	Centrale cooperativa	2.127,00	2.472,00	2.579,00
	Centro servizi centrale cooperativa	14.879,00	16.167,00	16.903,00
	Altro	-	-	-

	Totale	17.006,00	18.639,00	19.482,00
E	Finanziatori	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
	Finanziatori ordinari	9.330,00	8.961,00	7.530,00
	Finanziamento dai soci	-	-	-
	Finanziatori di sistema ed etici	-	-	-
	Finanziatori pubblici	-	-	-
	Totale	9.330,00	8.961,00	7.530,00

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

F	Lavoratori	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
	Dipendenti soci (comprensivo di TFR)	514.111,00	728.778,00	459.709,00
	Dipendenti non soci	207.014,00		274.015,00
	Ristorni ai soci lavoratori	-	-	-
	Svantaggiati	-	-	-
	Parasubordinati	-	-	-
	Collaboratori	-	-	-
	Occasionali	-	-	-
	Tirocini formativi	-	-	-
	Amministratori e sindaci	1.558,00	1.558,00	3.638,00
	Volontari	-	-	-
	Altro	-	-	-
	<i>Totale</i>	722.683,00	730.336,00	737.362,00

G	Comunità territoriale	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
	Associazioni e soggetti del terzo settore	-	-	-
	Altro	-	-	-
	<i>Totale</i>	-	-	-

H	Soci	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
	Costi per iniziative rivolte a tutta la base sociale	-	-	-
	Ristorni destinati ai soci	-	-	-
	Altro	-	-	-
	<i>Totale</i>	-	-	-

I	Enti pubblici	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
	Tasse	5.201,00	5.763,00	9.042,00
	Altro	-	-	-
	<i>Totale</i>	<i>5.201,00</i>	<i>5.763,00</i>	<i>9.042,00</i>
L	Cooperativa	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
	Ristorni destinati ad incremento capitale sociale	-	-	-
	Utile esercizio / perdita	- 1.612,00	14.864,00	- 33.637,00
	<i>Totale</i>	<i>- 1.612,00</i>	<i>14.864,00</i>	<i>- 33.637,00</i>
M = D+E+ F+G +H+I+L	Valore aggiunto	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
	<i>Totale valore aggiunto</i>	<i>752.608,00</i>	<i>778.563,00</i>	<i>739.779,00</i>

PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE RICCHEZZA PATRIMONIALE

M	PATRIMONIO NETTO	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
	Capitale sociale	31.900,00	138.975,00	138.975,00
	Riserve	48.029,00	46.401,00	60.820,00
	Utile d'esercizio / perdita	- 1.612,00	14.864,00	- 33.637,00
	<i>Totale</i>	<i>78.317,00</i>	<i>200.240,00</i>	<i>166.158,00</i>
N	RISTORNO AI SOCI	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
	Ristorni	-	-	-
P	PATRIMONIO	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
	Immobilizzazioni immateriali	2.051,00	823,00	95.711,00
	Immobilizzazioni materiali	669.838,00	668.503,00	687.410,00
	Immobilizzazioni finanziarie	662,00	802,00	802,00
	<i>Totale</i>	<i>672.551,00</i>	<i>670.128,00</i>	<i>783.923,00</i>
Q	FINANZIATORI	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
	Mutuo ipotecario	181.892,00	169.516,00	156.368,00
	Finanziamento CM Valchiavenna	19.364,00	19.364,00	19.364,00
	Finanziamento Banca Credito Valtellinese	8.362,00	1.723,00	-
	Fondo TFR	261.494,00	271.544,00	256.048,00
	Altro			
	<i>Totale</i>	<i>471.112,00</i>	<i>462.147,00</i>	<i>431.780,00</i>

7. Prospettive future

7.1 OBIETTIVI RAGGIUNTI

Il 2012 è stato un anno importante in cui si sono concretizzati alcuni progetti significativi come l'avvio del nuovo CDI specializzato nel trattamento delle demenze e il consolidamento del nuovo Centro Socio Sanitario.

Come si è visto dall'analisi delle attività, il settore domiciliare nel suo insieme è riuscito a mantenere un certo equilibrio, grazie alle entrate dell'ADI (SAD -26.484,00, ADI +44.791,00); si è incrementato l'ADI, grazie anche all'ospedalizzazione domiciliare e, attraverso l'aggiudicazione dell'appalto biennale del SAD, ci si è garantiti la gestione del servizio fino al 31.12.2013.

Resta una forte criticità economica del SAD, che solo in parte potrà essere compensata dall'ADI.

Per quanto riguarda il CPF, complessivamente l'andamento è stato inferiore alle aspettative, e non è stato "salvato" dalle entrate del CDI, per effetto del trasferimento dell'utenza al CDI Il Girasole (CDI + 23.645,00, CA -68.625,58).

La gestione del CPF richiede una grande capacità gestionale, che deve essere affinata per poter tenere sotto controllo sia gli aspetti qualitativi che quelli economici.

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

Di seguito si riprendono gli obiettivi dichiarati nel precedente bilancio sociale per il 2012-13. In parte gli obiettivi sono previsti per il 2013

AREA	OBIETTIVI	AZIONI	RISULTATI
GESTIONE	ACCRESCERE LE COMPETENZE DELLA DIRIGENZA POLITICA ATTUALE E FUTURA	miglioramento efficacia interna , divisione compiti e responsabilità, attraverso percorso formativo	Non raggiunto
	MODIFICARE L'ASSETTO GESTIONALE E ORGANIZZATIVO	Accorpamento funzioni, nuovo organigramma, budgetizzazione, Maggiore strutturazione livello tecnico-gestionale anche attraverso deleghe	Non raggiunto Istituita riunione di staff nel 2013
	RAFFORZARE LE CAPACITÀ MANAGERIALI DEI RESPONSABILI/COORDINATORI	Formazione interna/ esterna, riunioni di staff	Parzialmente raggiunto Corso Dirigenti cooperativa Dirigenti sicurezza
	PERSEGUIRE EQUILIBRIO ECONOMICO	Controllo gestione, monitoraggio acquisti/spese, bandi, finanziamenti	Parzialmente raggiunto Non raggiunto Raggiunto

SVILUPPO	NUOVO CDI «DEMENZE»	apertura e avvio progetto	Raggiunto
	POTENZIAMENTO E AMPLIAMENTO ATTIVITÀ CENTRO SOCIO SANITARIO	attività riabilitativa, nuovi specialisti, far decollare ambulatorio	Raggiunto Non raggiunto
	AMPLIAMENTO DELL'OFFERTA DOMICILIARE	progetto «fuori orario» SAD privato	In corso nel 2013
	RILANCIO CDI «Bette»	individuazione nuovo target, offerta mirata a specifici bisogni	Raggiunto dall'inizio 2013
	SPERIMENTAZIONE CA	progetto ASL +UdP e Regione, individuazione modello	Sospeso per partecipazione ad altra sperimentazione post acuti
	NUOVI PROGETTI	Sportello Badanti, Offerta servizi domiciliari a pz. con demenza	Ottenuto contributo CARIPLO Avviato nel 2013
SISTEMA DI RETE	ARRICCHIRE IL SISTEMA DI RELAZIONI CON LA RETE COOPERATIVE LOCALI	creare collaborazioni, momenti di incontro, confronto, coprogettazione	Parzialmente raggiunto
	AVVIARE UNA COPROGETTAZIONE CON UDP	coprogettazione, incontri PdZ, sperimentazioni	Raggiunto su progetto CARIPLO
	AVVIARE RETE DI RELAZIONI CON ASSOCIAZIONI SU SPECIFICI PROGETTI	giardino terapeutico, Progetto «Meno male che c'è il vicino», sportello counselling e formazione familiari	Raggiunto Incontro nel 2013 In corso nel 2013

RISORSE UMANE	MIGLIORARE SENSO DI APPARTENENZA E CLIMA	formazione, vita sociale	Non raggiunto
	MIGLIORARE INFORMAZIONE E COINVOLGIMENTO DELLA BASE SOCIALE	consegna OdG, Verbali, Miglioramento attività referenti di settore	Parzialmente raggiunto
	AMPLIARE BASE SOCIALE	coinvolgimento dipendenti in percorsi di avvicinamento, commissione integrazione nuovi soci	Non raggiunto
	DIFESA INTERESSI DEI SOCI	centrale di acquisto	Raggiunto insieme a cooperative Nisida e La Quercia

7.2 OBIETTIVI PER 2013

Nel 2013 si riprenderanno gli obiettivi non raggiunti in particolare:

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

7.3 CONCLUSIONI

Le aziende di successo sono quelle che ogni anno non hanno gli stessi problemi. La nostra da anni continua ad avere gli stessi problemi: mancanza di risorse umane ed economiche, bilanci altalenanti, settori ora trainanti da potenziare e ora fardelli da eliminare. Qualcosa non va nelle nostre strategie.

Le aziende vincenti, ovvero quelle che riescono a superare i momenti di crisi e le avversità del sistema economico, si distinguono dalle altre per la loro capacità di evolversi e cambiare strategia in concomitanza con le mutazioni dei mercati e del mondo circostante. Ma una delle cose più complicate per le persone e ancor di più per le aziende è proprio il cambiamento, che genera sempre e comunque resistenze.

Solo se riusciremo a vedere con occhi nuovi e a non avere paura del cambiamento potremo uscire da questa congiuntura che rischia di vanificare un'esperienza importante, che ha richiesto molto lavoro e molto impegno.

**Ci vuole un nuovo modo di pensare
per risolvere i problemi
prodotti dal vecchio modo di pensare**

A. Einstein

