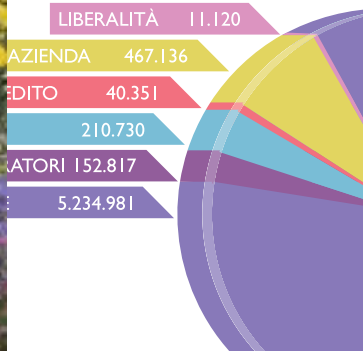


BILANCIO SOCIALE E DI SALUTE DUEMILA QUATTRO

BILANCIO SOCIALE
E DI SALUTE
2004



SPES TRENTO

BILANCIO
SOCIALE
E DI SALUTE
DUEMILA
QUATTRO

BILANCIO SOCIALE
E DI SALUTE
2004
SPESTRENTO

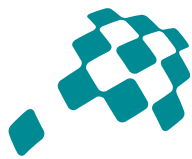
RSA VILLA BELFONTE

RSA CASA FAMIGLIA

RSA VIA VENETO

RSA VILLA ALPINA

RSA Ospedaliera TIONE



gruppo
spes



Nel segno della continuità, anche per l'esercizio 2004, il Gruppo Spes pubblica il bilancio sociale. Alcune evidenze nelle prime intenzioni avevano lo scopo di rendere visibile il profilo della azienda, la sua integrazione con il territorio e con i portatori di interesse; oggi si tratta di temi sedimentati e, attraverso una lettura diacronica, ci consentono di osservare l'iniziativa economica denominata Gruppo Spes, rappresentandone in qualche modo una morfologia.

La struttura del Gruppo è infatti cresciuta negli ultimi anni attorno alla Capo Gruppo (la cooperativa sociale), attendendo ad esigenze di razionalità e di flessibilità, garantite dalle società controllate e collegate che determinano la configurazione attuale.

I grandi temi economici evidenziati nel documento, che riguardano la distribuzione del valore aggiunto e le fonti di finanziamento, rappresentano il completamento di un approccio alla trasparenza della struttura contabile. La trasparenza nei conti, elemento centrale della nostra cultura aziendale, si fonda sulla soggezione della amministrazione a procedimenti obbligatori di revisione e sulla certificazione annuale del bilancio.

Anche in questa edizione, grande attenzione è stata destinata ai temi del personale, non solo perché quest'ultimo rappresenta di gran lunga il costo maggiore sostenuto, ma anche per affermare la convinzione che l'azienda determina la sua vitalità attraverso l'impiego del capitale umano, vero e proprio patrimonio di conoscenze ed esperienze.

Le innovazioni presenti nella edizione 2004 del bilancio sociale, sono la pubblicazione della composizione della retta cosiddetta alberghiera, ovvero l'evidenza delle poste che determinano l'onere a carico dell'Utente del servizio e la nuova sezione dedicata al bilancio di salute. Il metodo seguito nella esposizione delle due novità è emerso attraverso un confronto con i maggiori portatori di interesse dei relativi ambiti, la rappresentanza dei parenti degli Ospiti delle RSA (Cen.To Ca.Ri.), e il Servizio Economia Sanitaria presso l'Assessorato alle Politiche per la Salute della Provincia Autonoma di Trento.

Il bilancio di salute, in particolare, rappresenta il carico di aspettative che il Gruppo Spes assume come obbligazione di risultato nei confronti dei committenti, nell'intento di determinare, attraverso l'impiego di tutte le risorse assegnate, il raggiungimento dell'unico definitivo obiettivo: l'adempimento.

Trento, maggio 2005



Giancarlo Lunelli
IL PRESIDENTE



Italo Monfredini
IL DIRETTORE GENERALE

1. L'IDENTITÀ AZIENDALE	5
1.1 Chi siamo	5
1.2 Il disegno strategico	6
1.3 Il contesto dove operiamo	7
1.4 La definizione delle responsabilità e l'organizzazione	8
2. LA PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEL VALORE AGGIUNTO	12
2.1 Produzione del valore aggiunto	12
2.2 Distribuzione del valore aggiunto	13
3. RELAZIONE SOCIALE	14
3.1 La mappa dei portatori di interesse	14
3.2 Le risorse umane	15
3.3 I soci	23
3.4 Gli enti finanziatori	23
3.5 I clienti utenti	23
3.6 Il finanziamento delle rette	27
3.7 I fornitori	28
3.8 La Pubblica Amministrazione	30
3.9 La Collettività e il lavoro di rete	30
4. BILANCIO DI SALUTE	31
4.1 Caratteristiche degli utenti del servizio sanitario	31
4.2 Il fabbisogno assistenziale	34
4.3 Le pratiche di erogazione e il sistema dei servizi	37
4.4 La connessione con il sistema sanitario	38
5. LA RSA OSPEDALIERA DITIONE	42
5.1 Caratteristiche dei residenti	42
5.2 Le pratiche di erogazione e il sistema dei servizi	43
5.3 Il fabbisogno assistenziale	44
5.4 I bisogni socio-relazionali e la riabilitazione	44
5.5 La connessione con il sistema sanitario	45
6. GLI OBIETTIVI PER L'ESERCIZIO 2005	46
6.1 Migliorare la qualità del servizio al residente nella complessità dei suoi aspetti	46
6.2 Migliorare la comunicazione con i portatori di interesse e migliorare la capacità di misurare il servizio	46
6.3 Migliorare processi operativi di cura e attività assistenziale	47
6.4 Migliorare l'efficacia delle azioni formative	47
6.5 Riorganizzare il servizio trasporti	47

1. L'IDENTITÀ AZIENDALE

1.1 CHI SIAMO

Il Gruppo Spes è costituito da: S.P.E.S.Trento Servizi Pastoral Educativi Sociali società cooperativa sociale, S.T. Servizi società a responsabilità limitata, CSSS Consorzio per i Servizi Sociali e Sanitari società cooperativa sociale, S.T. gestioni società cooperativa sociale.

LA CAPOGRUPPO: S.P.E.S.TRENTO SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE

S.P.E.S.Trento è costituita quale cooperativa di servizio il 6 febbraio 1975 raccogliendo l'eredità e la storia dell'Associazione Femminile Tridentina, la cui base sociale aderisce al progetto dell'Azione Cattolica Italiana. Al fine di rendere un servizio socialmente utile attraverso le proprietà immobiliari della Azione Cattolica, S.P.E.S.Trento inizia la gestione di attività sociale, assistenziale, educativa e culturale. Nel 1994 assume la forma giuridica di cooperativa sociale.

Con deliberazione della assemblea straordinaria dei soci, tenutasi il 23 novembre 2004, la cooperativa si è dotata di un nuovo statuto sociale, in conformità al Decreto Legislativo 17.01.2003 n. 6, la cosiddetta riforma Vietti. Il nuovo statuto, oltre a recepire tutte le norme a tutela dei diritti degli associati, consentirà una gestione della cooperativa più rispondente ed adeguata alle attuali tecniche e necessità gestionali, di controllo ed operative.

L'attività operativa della cooperativa S.P.E.S. si svolge in due aree: la gestione delle Unità Operative sede delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), destinate ad accogliere persone non autosufficienti e la gestione di servizi pastorali, culturali ed educativi a supporto della attività dell'Azione Cattolica Tridentina.

La struttura operativa RSA è modulare e fa capo ad un Direttore di Unità Operativa alle dipendenze del quale opera una équipe formata dal Responsabile Tecnico Assistenziale (RTA) e dal Coordinatore Sanitario (Medico), ai quali si associano i responsabili dei servizi infermieristici, riabilitativi, di animazione e di assistenza.

I servizi nelle Unità Operative sono supportati dai Coordinamenti Organizzativi e dal Sistema Qualità (l'azienda è certificata ISO 9001:2000), Manutenzione e Logistica.

I servizi pastorali, culturali ed educativi fanno capo ad un Ufficio di Segreteria che funge da supporto dell'Azione Cattolica Diocesana.

LA CONTROLLATA: ST SERVIZI SOCIETÀ A RESPONSABILITÀ LIMITATA

S.T. Servizi nasce il 4 gennaio 2002. Il socio unico, S.P.E.S.Trento, costituisce la società al fine di svolgere prestazioni di servizi di supporto organizzativo, amministrativo, immobiliare, formativo e di ospitalità ad enti e società operanti nei settori socio-sanitario ed assistenziale, formativo, culturale e pastorale (art. 3 Statuto sociale). La società svolge l'attività collaborando con soggetti operanti nel settore socio-sanitario ed assistenziale nella elaborazione di singoli progetti.

LA CONTROLLATA: ST GESTIONI SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE

Costituita nel corso del 2004 nasce per la gestione e l'amministrazione di Residenze Sanitarie Assistenziali ed Ospedaliere. Questa società ha iniziato a gestire, nel mese di agosto 2004, la Residenza Sanitaria Assistenziale Ospedaliera di Tione dopo che, nei mesi precedenti, il raggruppamento temporaneo d'impresе composto dai soci della cooperativa (S.P.E.S.Trento, Con.Solida, S.O.S.) era risultato aggiudicatario del pubblico incanto per l'appalto del servizio.

LA COLLEGATA: CSSS CONSORZIO PER I SERVIZI SOCIALI E SANITARI SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE

CSSS, nato negli ultimi giorni del 2003, è costituito da 4 soci, tra cui S.P.E.S. Trento, allo scopo di realizzare a favore delle proprie consorziate e di terzi l'erogazione del servizio infermieristico, medico e socio-sanitario con particolare riferimento alle RSA, nonché l'erogazione del servizio di assistenza amministrativa alle consorziate.

CSSS nasce dall'esigenza di far fronte alla ormai conclamata carenza di personale infermieristico. L'approccio dei Soci ed in particolare il Gruppo Spes nella sua attività di stimolo vuole essere creativo di fronte ad una evidenza (la carenza di personale), che può essere anche una grande opportunità. Esiste infatti un'offerta di personale infermieristico di buon livello che proviene da paesi extra comunitari quali la Romania che, per qualità e capacità di integrazione, è stato oggetto di sperimentazione all'interno delle RSA di Spes.

1.2 IL DISEGNO STRATEGICO

La carta dei servizi è lo strumento di cui il Gruppo Spes si è dotato allo scopo di definire il livello di servizio oggetto dell'obbligazione con il cliente/utente; da questo documento si evince in modo chiaro l'approccio al servizio, le modalità e il contesto nel quale quest'ultimo viene reso. Le finalità del nostro impegno sono:

- la promozione della persona umana nella sua dimensione soggettiva ed associata,
- la relazione di servizio con la persona non autosufficiente attraverso l'attività professionale,
- il contributo attivo allo sviluppo di uno stato sociale orientato al principio di equità e all'equilibrio di bilancio.

Da ciò deriva il contesto valoriale che orienta lo svolgimento delle azioni quotidiane in tutti i reparti operativi dell'azienda.

Centralità della persona

Ogni individuo è considerato un patrimonio di qualità umane e personali. La tutela della dignità della persona, il riconoscimento e il mantenimento di ogni sua risorsa consente l'espressione e la piena realizzazione delle sue potenzialità.

Qualità dei servizi

In una RSA risiede ed opera un potenziale di professionalità. La valorizzazione di ogni soggetto rappresenta lo stimolo alla auto attivazione e lo spirito di miglioramento continuo di ogni singolo aspetto che determina il risultato complessivo che appartiene a tutti.

Innovazione

L'organizzazione della RSA è moderna e aperta al nuovo, ciò aggiunge valore all'esperienza consolidata. Attraverso la ricerca e lo sviluppo il Gruppo Spes finalizza il lavoro all'efficacia nella soddisfazione dei bisogni del cliente/utente.

Cultura e conoscenza

L'innovazione rappresenta lo spirito di iniziativa e l'approccio proattivo al lavoro. L'innovazione si traduce in sviluppo coerente solo se origina da una cultura diffusa e condivisa che l'azienda riconosce, tutela e stimola ad approfondire, attraverso attività formative che sono considerate un investimento di interesse strategico.

Integrazione con il territorio

La RSA è un nodo di una rete di servizi territoriale, pertanto rappresenta un accesso del cittadino alle Istituzioni e un terminale delle politiche sociali a servizio del cittadino stesso. Il gruppo Spes è consapevole di questo ruolo e ne garantisce la corretta rappresentazione; il Gruppo Spes si sente parte integrante del tessuto connettivo che regola i rapporti in una società complessa e ben organizzata.

1.3 IL CONTESTO DOVE OPERIAMO

Il Gruppo Spes opera nell'ambito della Provincia di Trento in modo significativo basti pensare che oggi gestisce il 5,81% del totale posti letto per ospiti non autosufficienti. Nella complessità del sistema sanitario provinciale si tratta di una presenza significativa: la quota media di posti letto gestita dai 46 enti gestori è del 2,17%: solo altri due soggetti rappresentano un'offerta superiore al 5%.

La presenza delle RSA è distribuita non solo nell'ambito cittadino, ma anche nei contesti di valle permettendo così un confronto significativo e arricchente dal punto di vista sociale.

UNITÀ OPERATIVA RSA CASA FAMIGLIA

Dal 1993 nell'immobile di Trento in Via Borsieri viene esercitata l'attività di gestione di Casa di Riposo per anziani autosufficienti e non autosufficienti. Attualmente la struttura accoglie 56 ospiti ed è in fase di realizzazione un ampliamento che consentirà l'accoglimento complessivo di 66 ospiti. Notevoli sono gli sforzi di S.P.E.S. Trento nel mantenere funzionale e perfettamente rispondente alle norme vigenti ed alle esigenze degli ospiti la struttura e le dotazioni in essere. Tale sforzo è necessario in relazione alle condizioni strutturali storiche dell'immobile.

All'interno della struttura è presente un Nucleo ad Alta intensità Fabbisogno Assistenziale (NAFA) che segue 10 ospiti dei 56 presenti.

UNITÀ OPERATIVA RSA VILLA BELFONTE

Villa Belfonte è situata sulla collina est di Trento e si tratta di una storica residenza conciliare. Nel periodo tra il 1975 ed il 1992 la struttura ospitò anziani autosufficienti, soprattutto nel periodo estivo. Dopo alcuni anni di lavori la ristrutturazione consentì l'apertura, nel 1996, di una RSA che, ad oggi, ospita 74 utenti. Questa struttura sta vivendo una fase di profonda innovazione nella dotazione di arredi ed attrezzature con il rinnovo, in concreto, dell'intera stanza dell'ospite.

UNITÀ OPERATIVA RSA VILLA ALPINA

Villa Alpina si trova nel paese di Montagnaga sull'Altopiano di Pinè nell'ambito del comprensorio C4. Ultimata nella prima metà del 2001 ha ottenuto l'accreditamento provvisorio nel mese di luglio dello stesso anno iniziando contestualmente l'attività ed oggi ospita 63 utenti.

UNITÀ OPERATIVA RSA VIA VENETO

Situata a Trento in via Vittorio Veneto, la struttura è patrimonio indisponibile della Provincia Autonoma di Trento ed è stata affidata in comodato a S.P.E.S. Trento per il periodo 2001 - 2006. S.P.E.S. Trento ha iniziato l'attività subentrando alla Fondazione Caritas Tridentina che per decenni aveva gestito l'immobile come Casa di Soggiorno per Anziani. Nel mese di ottobre è stata inaugurata ufficialmente la struttura che è stata ristrutturata in toto permettendo l'accoglienza di 72 utenti.

UNITÀ OPERATIVA RSA DI TIONE

Situata in una pertinenza dell'Ospedale di Tione (Comprensorio C8), la RSA ospedaliera è stata gestita fino al 2004 sulla scorta di un rapporto tra APSS e Con.Solida nell'ambito di una prima fase di sperimentazione. Nel corso del 2004 un raggruppamento temporaneo d'impresе costituito da S.P.E.S. Trento, Con.Solida e SOS si è aggiudicato il pubblico incanto per l'appalto triennale del servizio. Si è quindi costituita la cooperativa S.T. gestioni, con socio controllante S.P.E.S. Trento, che ha iniziato la gestione della RSA ospedaliera.

UNITÀ OPERATIVA GAUDIUM ET SPES

È situata a Sanzeno in val di Non nell'immobile di proprietà di S.T. Servizi. Svolge attività di accoglienza a gruppi di persone nell'ambito di iniziative formative, pastorali ed educative programmate dall'Azione Cattolica Tridentina. Esercita inoltre attività di turismo sociale e svolge un'importante azione di promozione del territorio del Comune di Sanzeno e della Val di Non.

SEDE CENTRALE

La sede centrale è costituita dagli uffici di Presidenza, dalla Direzione Generale, dalla Direzione Amministrativa e dalla Direzione del Personale, dagli uffici di coordinamento organizzativo di S.T. servizi e dalla segreteria generale. Nell'immobile, di proprietà di S.T. servizi, vengono svolte attività che coinvolgono le diverse Unità operative. La sala riunioni permette inoltre lo svolgimento di attività formative.

1.3 LA DEFINIZIONE DELLE RESPONSABILITÀ E L'ORGANIZZAZIONE

GLI ASSETTI SOCIETARI

S.P.E.S. Trento capogruppo Società Cooperativa sociale	
CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	
Presidente	Giancarlo Lunelli
Vice Presidente	Cecilia Niccolini
Consiglieri	Livio Filippi Silvano Nicolodi Pia Paoli Giuseppe Rigotti Caterina Girardi
COLEGIO DEI SINDACI	
Presidente	Roberto Cagol
Sindaco effettivo	Cinzia Manfredi Stefano Lauro
Sindaco Supplente	Fabio Miori Enzo Tosolini
STRUTTURA OPERATIVA	
Direttore Generale	Italo Monfredini

S.T. Servizi controllata Società a responsabilità limitata	
CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	
Presidente	Giancarlo Lunelli
Vice Presidente	Cecilia Niccolini
Consigliere	Livio Filippi
COLLEGIO DEI SINDACI	
Presidente	Roberto Cagol
Sindaco effettivo	Stefano Lauro Enzo Tosolini
Sindaco Supplente	Luigi Lauro Fabio Miori
STRUTTURA OPERATIVA	
Direttore Generale	Italo Monfredini

S.T. Gestioni controllata Società Cooperativa sociale	
CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	
Presidente	Giuliano Beltrami
Consiglieri	Italo Monfredini Claudio Valerio
STRUTTURA OPERATIVA	
Amministratore Delegato	Italo Monfredini

C.S.S.S. collegata Società Cooperativa sociale	
CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	
Presidente	Claudio Valerio
Consiglieri	Italo Monfredini Luca Perottoni
STRUTTURA OPERATIVA	
Amministratore Delegato	Italo Monfredini

L'ORGANIZZAZIONE

IL SISTEMA INFORMATIVO SPES - Sispes

Stabilita la centralità dell'ospite e dell'innovazione del servizio, il Gruppo Spes ha avviato un progetto per lo sviluppo di una cartella infermieristica informatizzata. Iniziato nel 2002 il progetto è evoluto e si è trasformato in una piattaforma informatica che supporta il sistema informativo denominato Sispes, epicentro dell'intera organizzazione aziendale. Il sistema offre la possibilità di connettere tutti i servizi del Gruppo, riceve fornisce ed elabora informazioni, supportando i cambiamenti organizzativi. Il sistema, sviluppato in collaborazione con il partner strategico Algorab s.r.l. è in esercizio presso tutte le RSA gestite dal Gruppo Spes, è realizzato in tecnologia web e in ambiente asp, caratterizzato da una alta connettività.

Sispes a cui si accede attraverso un portal (portale verticale), consente un accesso diretto ai dati delle RSA. Il sistema permette di archiviare tutte le informazioni che sono indispensabili per la gestione socio-sanitaria dell'Utenza, nonché di disporre dei dati in maniera integrata e complessa. La piattaforma informatica Sispes, gestisce il complesso dei dati di tutto il sistema organizzativo aziendale; ricevendo, elaborando e offrendo informazioni, rappresenta quindi l'intelligenza dell'organizzazione stessa. Il parametro, attraverso il quale il sistema intelligente rappresenta il suo grado di utilizzo, è rappresentato dal numero di connessioni stabilite nell'esercizio da tutti gli utenti: ciò può identificare il numero di sinapsi del sistema stesso. Di seguito è riportata una tabella che evidenzia il numero complessivo di connessioni (35.629 accessi nel semestre, proiezione annua 73.000, indicativamente 200 accessi / giorno), suddiviso in base alle aree di attività.

	semestre	proiezione annua	percentuale
area amministrativa	5605	11.484	15,8%
area sociale	4992	10.228	14,0%
area assistenziale	4211	8.628	11,8%
area sanitaria	20821	42.660	58,4%
Totale	35629	73.000	100%

Nel corso del 2004 sono stati investiti Euro 7.000 per una attività di ricerca scientifica, in collaborazione con l'Università degli studi di Trento Facoltà di Economia - Dipartimento di Informatica e Studi Aziendali, avente per oggetto una valutazione qualitativa dell'applicazione di Sispes. La ricerca condotta attraverso l'utilizzo del modello 7Loci, ha offerto spunti interessanti finalizzati alle future direttrici di sviluppo di Sispes.

RICERCA E SVILUPPO DEL PRODOTTO / SERVIZIO

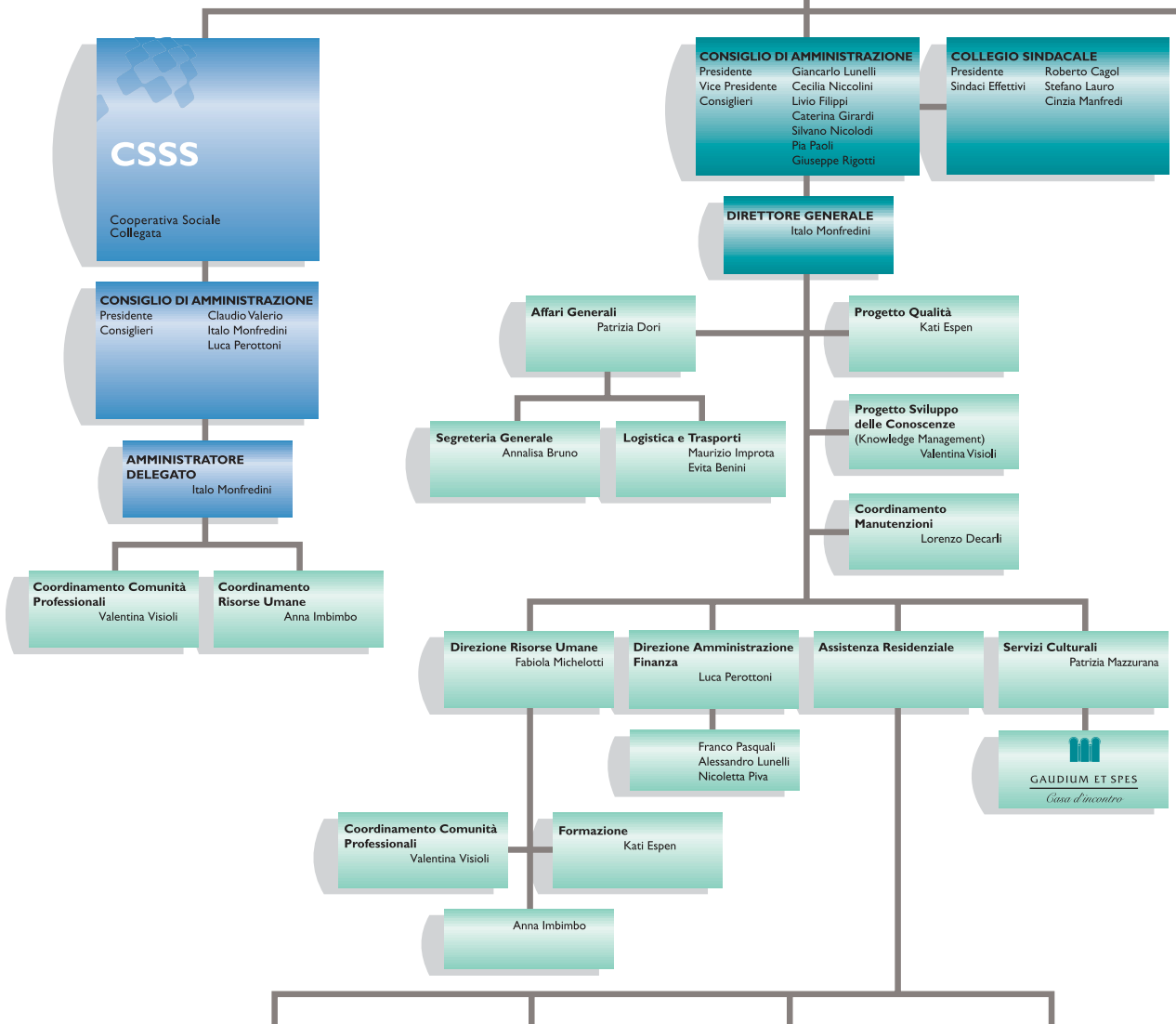
La ricerca e lo sviluppo del prodotto / servizio sono per il Gruppo Spes di rilevanza strategica in quanto occasione di confronto permanente, interno ed esterno. Nell'ambito delle attività del progetto di sviluppo delle conoscenze (Knowledge Management), sono stati proposti agli attori dei coordinamenti incontri di formazione e sensibilizzazione su nuove tematiche quali le "Comunità di pratica" e il "Rapporto tra tecnologia e comunicazione".

Rispetto alle risorse allocate, oltre ad una unità di personale che coordina questi progetti, è stata attivata l'Università degli Studi di Trento a mezzo di un ricercatore ed un tesista, i quali hanno effettuato una ricerca seguita dalla pubblicazione della tesi "Analisi dei processi di comunicazione per condividere la conoscenza in azienda. Un caso di studio."

Riflettendo sull'importanza delle risorse umane e sul ruolo che la formazione ha nella valorizzazione del lavoro nei servizi alla persona, in via sperimentale è stato avviato un progetto relativo alle nuovi possibili orientamenti nello sviluppo delle conoscenze. Per attuare tale percorso è stata avviata un'esperienza di "Comunità di pratica", mobilitando la funzione legata al servizio animazione. Attraverso questa esperienza è nata la collaborazione con Coclea srl, ente formativo di Rovereto, che ha costruito con il Gruppo Spes un percorso specifico per lo sviluppo della comunità di pratica (v. capitolo formazione).

Un altro progetto formazione-ricerca è stato attivato nell'ambito del corso di formazione per il gruppo dirigente che, supportato da uno psicologo, ha elaborato una riflessione sulla "Gestione dei gruppi nell'ambito della impostazione sistemico - costruzionista".

ORGANIGRAMMA DEL GRUPPO SPES

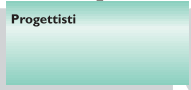


L'IDENTITÀ AZIENDALE

10

LE NOSTRE RSA

 <p>RSA Casa Famiglia Direttore Patrick Coser</p>	 <p>RSA Villa Belfonte Direttore Antonio Stenech</p>	 <p>RSA Villa Alpina Direttore Roberta Bragagna</p>	 <p>RSA Via Veneto Direttore Alessandro Menapace</p>
<p>Coordinatore Sanitario Dott. Elpidio Falace</p>	<p>Coordinatore Sanitario Dott. Francesco Terrasi</p>	<p>Coordinatore Sanitario Dott.ssa Maria Teresa Mattivi</p>	<p>Coordinatore Sanitario Dott. Francesco Terrasi</p>
<p>Responsabile tecnico assistenziale D.D.S.I. Marica Marzari</p>	<p>Responsabile tecnico assistenziale I.P. Simona Vettori</p>	<p>Responsabile tecnico assistenziale I.P. Raffaele Bufano</p>	<p>Responsabile tecnico assistenziale I.P. Donatella Montibeller</p>
<p>Servizi Generali Segreteria Manutenzione/Magazzino</p>	<p>Servizi Generali Segreteria Manutenzione/Magazzino</p>	<p>Servizi Generali Segreteria Manutenzione/Magazzino</p>	<p>Servizi Generali Segreteria Manutenzione/Magazzino</p>
<p>Equipe Servizio Infermieristico Servizio Terapia della Riabilitazione Servizio Animazione Servizio Referenti di Nucleo Servizio Operatori Socio-Assistenziali</p>	<p>Equipe Servizio Infermieristico Servizio Terapia della Riabilitazione Servizio Animazione Servizio Referenti di Nucleo Servizio Operatori Socio-Assistenziali</p>	<p>Equipe Servizio Infermieristico Servizio Terapia della Riabilitazione Servizio Animazione Servizio Referenti di Nucleo Servizio Operatori Socio-Assistenziali</p>	<p>Equipe Servizio Infermieristico Servizio Terapia della Riabilitazione Servizio Animazione Servizio Referenti di Nucleo Servizio Operatori Socio-Assistenziali</p>



RSA ospedaliera Tione
Direttore: Bruno Simoni

Coordinatore Sanitario
Dott. Aldo Defranceschi
Dott. Ivan Musci

Responsabile tecnico assistenziale
I.P. Sabrina Viviani

Servizi Generali
Segreteria
Manutenzione/Magazzino

Equipe
Servizio Infermieristico
Servizio Terapia della Riabilitazione
Servizio Animazione
Servizio Referenti di Nucleo
Servizio Operatori Socio-Assistenziali

2. LA PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEL VALORE AGGIUNTO

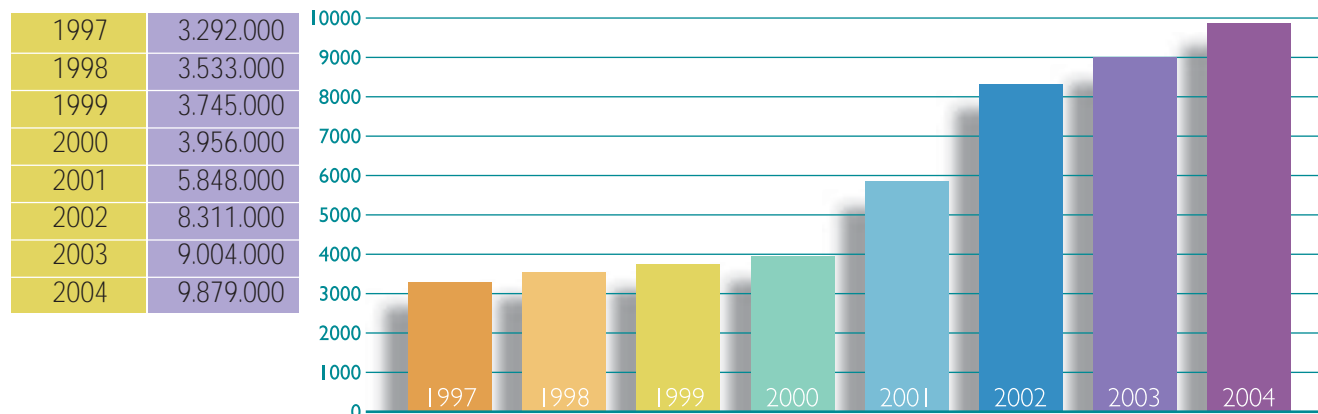
2.1 PRODUZIONE DEL VALORE AGGIUNTO

Il prospetto che determina il Valore Aggiunto prodotto dal Gruppo Spes trae origine da una riclassificazione del Conto Economico del Bilancio CEE ed evidenzia la contrapposizione tra ricavi e costi intermedi.

Proprio la differenza tra il valore della produzione ed i costi intermedi della produzione correlati alla ordinaria gestione determina il Valore Aggiunto caratteristico lordo. Quest'importo viene quindi modificato dai componenti accessori e straordinari. Si perviene così al Valore Aggiunto globale prodotto.

VALORE AGGIUNTO GLOBALE	2003	2004
A) Valore della Produzione	9.333.541	10.283.847
Ricavi delle vendite e delle prestazioni	9.177.246	10.242.767
Variazioni delle rimanenze di prodotti	0	0
Altri ricavi e proventi	156.295	41.080
B) Costi intermedi della Produzione	4.510.038	4.205.006
Costi per materi prime, sussidiarie e merci	256.993	202.324
Costi per servizi	3.862.557	3.892.208
Costi per godimento beni di terzi	134.807	79.164
Accantonamenti per rischi crediti	5.727	0
Variazioni delle rimanenze materie sussidiarie	-1.542	261
Oneri diversi di gestione	251.496	31.049
Valore Aggiunto caratteristico lordo	4.823.503	6.078.841
C) Componenti accessori e straordinari	90.588	38.294
Saldo gestione accessoria	2.332	3.685
Saldo componenti straordinari	88.256	34.609
Valore aggiunto globale prodotto	4.914.091	6.117.135

Il valore aggiunto globale si riferisce all'intero Gruppo Spes che, a partire dal 2004, annovera al suo interno anche ST Gestioni ed il Consorzio per i Servizi Sociali e Sanitari. Il valore aggiunto globale prodotto ha superato, nel 2004, la soglia dei 6.100.000 euro. Ovviamente, in una logica di consolidamento dei dati di bilancio, non si sono considerate le partite intercorrenti tra le varie società del gruppo. Un altro dato che pare importante evidenziare è l'importo del valore della produzione di S.P.E.S. Trento società cooperativa sociale capogruppo.

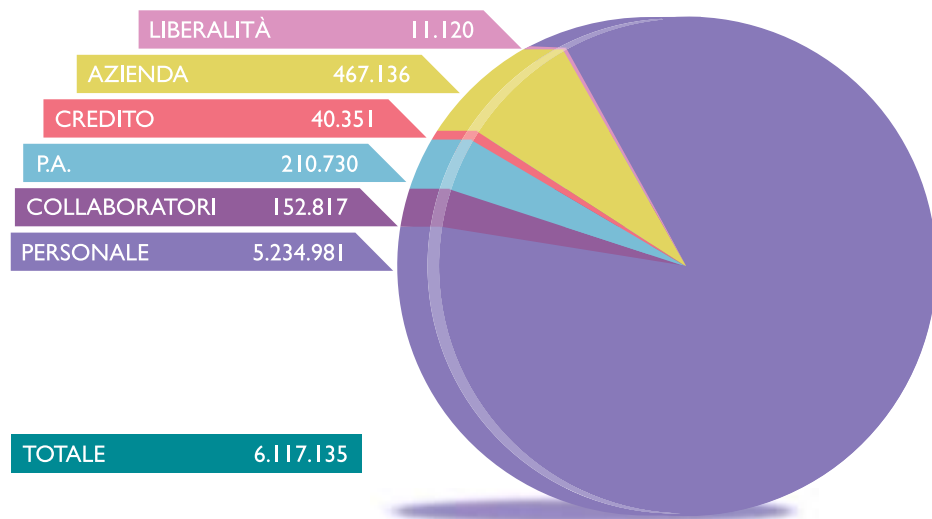


2.2 DISTRIBUZIONE DEL VALORE AGGIUNTO

VALORE AGGIUNTO GLOBALE	2003	2004
A - Remunerazione del Personale Dipendente		
1. Dipendente	4.315.405	5.234.981
remunerazioni dirette	3.455.414	4.154.966
remunerazioni indirette	859.991	1.080.015
2. Collaboratori	136.582	152.817
remunerazioni dirette	125.830	138.297
remunerazioni indirette	10.752	14.520
B - Remunerazione della Pubblica Amministrazione	164.973	210.730
imposizione diretta	143.329	185.221
imposizione indiretta	21.644	25.509
C - Remunerazione del Capitale di Credito	39.277	40.351
Oneri finanziari su capitale di credito a breve termine	20.272	26.815
Oneri finanziari su capitale di credito a lungo termine	19.005	13.536
D - Remunerazione dell'Azienda	240.500	467.136
Utile/Perdita dell'esercizio	- 226.506	-55.774
Ammortamento delle immobilizzazioni	467.006	522.910
E - Liberalità esterne	17.354	11.120
liberalità esterne	17.354	11.120
Valore Aggiunto globale distribuito	4.914.091	6.117.135

È del tutto evidente come la parte prevalente del valore aggiunto sia stata distribuita al personale, intendendo come tale il personale dipendente e i collaboratori. Il personale è composto da soggetti per i quali l'interesse economico personale prevalente è legato al Gruppo Spes. Tale dato, ulteriormente esplicitato nel capitolo successivo, è da un lato fonte di soddisfazione per la capacità di riconoscere a chi ha operato all'interno del gruppo la corretta distribuzione della ricchezza e, dall'altro, stimolo all'impegno di fronteggiare il notevole numero di persone che legano la propria attività a quella del Gruppo Spes.

Una ulteriore annotazione concerne la remunerazione riconosciuta al gruppo, remunerazione realizzata con la reintegrazione dei costi dei fattori produttivi durevoli attraverso l'ammortamento delle immobilizzazioni al netto della perdita che l'esercizio ha dovuto sopportare.



3. RELAZIONE SOCIALE

3.1 LA MAPPA DEI PORTATORI DI INTERESSE

I portatori di interesse possono essere considerati come dei pezzi di un puzzle che va a comporre la realtà del mondo della RSA.



3.2 RISORSE UMANE

“Lo sviluppo delle risorse umane rappresenta per SPES il principale fattore per raggiungere gli obiettivi dell'organizzazione e soddisfare i bisogni del residente. Nei servizi alla persona il personale deve essere preparato e motivato, capace di coniugare professionalità e umanità ed essere in grado di lavorare in un clima positivo e partecipativo”. Carta dei Servizi

3.2.1 I VALORI DI RIFERIMENTO

L'azienda è fatta di persone. Dalle loro competenze, capacità e motivazione deriva la qualità del servizio erogato.

Il Gruppo Spes, convinto che ogni individuo è portatore di un proprio patrimonio culturale e professionale, si impegna a creare e stimolare il coinvolgimento di tutti i collaboratori.

3.2.1.1 LA CORRETTEZZA NELLO SVOLGIMENTO DEL RAPPORTO DI LAVORO

L'applicazione corretta dei contratti di lavoro rappresenta per il Gruppo Spes, il datore di lavoro, il cardine di tutta la politica dello sviluppo della risorsa umana. Nell'ambito del Gruppo Spes sono applicati quattro diversi contratti:

- CCNL per le lavoratrici ed i lavoratori delle cooperative del settore socio-sanitario assistenziale - educativo e di inserimento lavorativo
- CCNL per il personale dipendente dalle strutture sanitarie associate AIOP, ARIS e FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI onlus, applicato al personale sanitario inquadrato in CSSS
- CCNL di Lavoro per i dirigenti di aziende del terziario della distribuzione e dei servizi, applicato al Direttore Generale
- CCNL di Lavoro per i dipendenti da aziende del terziario della distribuzione e dei servizi, applicato ai dipendenti di S.T. Servizi srl

La chiara e corretta applicazione dei contratti è garantita anche attraverso stabili relazioni sindacali. Gli incontri tra le OO.SS. e l'Ufficio Personale, da sempre improntati ad un clima di fattiva collaborazione, hanno riguardato in particolar modo nel 2004 la strutturazione dei turni di lavoro, la definizione dell'organico, i percorsi di sviluppo professionale nelle varie strutture ed in generale aspetti legati all'applicazione del contratto.

Sul totale dei lavoratori del Gruppo Spes le iscrizioni al sindacato rappresentano circa il 30% del personale così ripartite:

	SINDACATO				TOT. ISCRITTI
	CGIL	CISL	UIL	NURSING UP	
RSA Casa Famiglia	6	3	2		11
RSA Villa Belfonte	2	1	14		17
RSA Villa Alpina	9		2	1	12
RSA Residenza Via Veneto			27		27
Totale Complessivo	17	4	45	1	67
Valore percent. sul totale Dipendenti	7,59%	1,79%	20,09%	0,45%	29,91%

3.2.1.2 IL RAPPORTO CON I LAVORATORI ESTERNI

Il Gruppo Spes, nell'ambito dell'erogazione dei servizi alberghieri (pulizie, ristorazione, lavanderia), si avvale dello strumento dell'appalto; tuttavia essendovi un'ovvia integrazione tra le figure interne ed esterne operanti in azienda, Spes è consapevole degli obblighi derivanti dall'art. 29 D.lgs 276/2003, il quale prevede che *“il contratto di appalto, (ex art.1655 CC), si distingue dalla somministrazione di lavoro, per l'organizzazione dei mezzi necessari da parte dell'appaltatore, che*

può anche risultare in relazione alle esigenze del servizio, dall'esercizio del potere organizzativo e direttivo nei confronti dei lavoratori utilizzati nell'appalto, nonché per la assunzione, da parte del medesimo appaltatore, del rischio d'impresa". La citata normativa, rende l'appaltante (Spes), obbligato in solido con l'appaltatore, entro il limite di un anno dalla cessazione dell'appalto, a corrispondere ai lavoratori i trattamenti retributivi e i contributi previdenziali dovuti.

3.2.1.3 LA SICUREZZA SUL LUOGO DI LAVORO

Un aspetto importante del rapporto di lavoro riguarda la sicurezza. È preciso impegno, oltre che obbligo normativo, mettere il lavoratore in condizione di lavorare in massima sicurezza, in luoghi accoglienti e con attrezzature adeguate; per questo viene posta la massima attenzione non solo al rispetto della normativa di riferimento (D. Lgs. 626/94 ss. mm.), ma anche all'individuazione di tecnologie e procedure operative che migliorino da un lato la salubrità degli ambienti e dall'altro facilitino le operazioni lavorative; nel contempo la Direzione aziendale ha prestato molta attenzione all'informazione, alla formazione e all'addestramento specifico.

Nell'ambito delle attività formative, nel 2004, 160 ore sono state destinate alla formazione sulla sicurezza, all'introduzione dei concetti generali previsti dalla normativa ed all'addestramento delle figure previste. Inoltre è stata erogata una formazione più specifica, mirata alle attività svolte dalle singole figure professionali. Per fare questo sono state percorse più direzioni attivando sinergie con figure specialistiche quali il Medico Competente in materia di sicurezza, il Rappresentante del Servizio Prevenzione e Protezione (R.S.P.P.), i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, (R.L.S.), programmando momenti informativi di addestramento e affiancamento. Questa attività trova riscontro nelle 98 visite mediche (25 preventive, 73 periodiche), nei sopralluoghi sanitari e tecnici eseguiti nelle strutture, negli incontri periodici con le figure competenti, nella predisposizione e distribuzione di materiale informativo, nonché nelle ore di addestramento on the job (*durante l'attività professionale*).

3.2.1.4 L'INTEGRAZIONE DELLE FUNZIONI, OVERO IL LAVORO IN EQUIPE

Il servizio erogato nelle RSA è un servizio complesso che necessita per un buon risultato qualitativo, dell'integrazione di tutte le figure professionali, che all'interno delle RSA operano in favore dell'Ospite. È quindi dalla qualità della collaborazione, che discende la qualità del servizio. Non solo: è nella collaborazione con i colleghi che per i singoli si aprono spazi di confronto e dialogo nei quali il circolo virtuoso del dare e del ricevere genera quel trasferimento di conoscenza, cardine dell'apprendimento per i singoli e per l'organizzazione.

Il lavoro in equipe si fonda sul confronto tra le persone. Le modalità di incontro e confronto sono molteplici: momenti tecnici in cui le varie figure professionali si confrontano allo scopo di pianificare e monitorare gli interventi specifici da attuare sui singoli ospiti, momenti di incontro tra i componenti le varie comunità professionali in cui si programmano nuove attività, si confrontano esperienze, percorsi formativi, ecc.; infine sono previsti incontri su temi specifici che emergono dalla quotidianità, nei quali vengono affrontati argomenti che riguardano l'organizzazione, con l'obiettivo di valutare e migliorare le condizioni lavorative di ognuno.

3.2.1.5 L'ATTENZIONE PER LA DONNA LAVORATRICE

Il Gruppo Spes è una realtà professionale prevalentemente femminile.

Se la realizzazione della persona in tutti i suoi aspetti è il valore primario di riferimento del Gruppo Spes, ecco che la sensibilità nei confronti di chi si trova a dover coniugare la propria presenza al lavoro e in famiglia, diventa un altro pilastro delle politiche aziendali rivolte al personale.

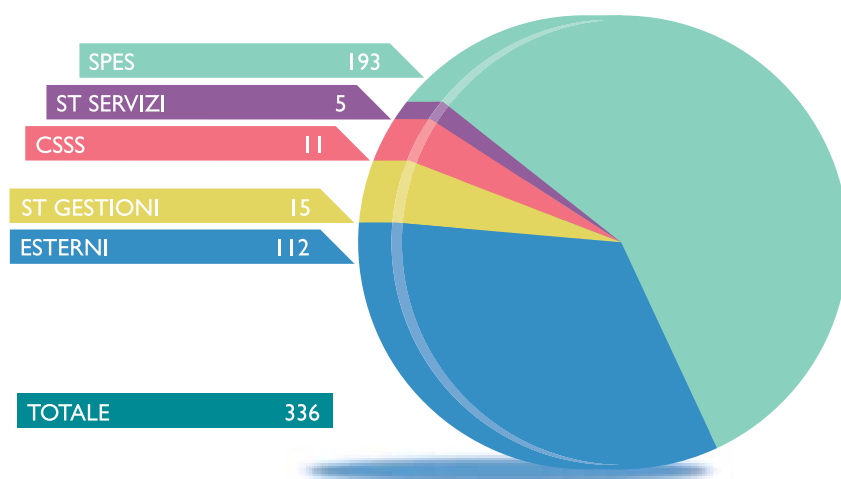
La sensibilità per le tematiche del mondo professionale femminile, vede nell'utilizzo dello strumento contrattuale del tempo parziale il suo elemento cardine.

Il part time è una forma contrattuale particolarmente richiesta dalle lavoratrici madri che, specie nei primi anni di vita dei figli, vivono la difficoltà di coniugare le esigenze familiari e professionali; questo strumento è interessante anche per chi, spinto da esigenze di salute o di studio, necessita di maggior tempo libero.

Il Gruppo Spes, negli ultimi anni, ha cercato di ridisegnare la propria organizzazione in modo da aprire nuovi ambiti a forme di occupazione che siano più flessibili e garantiscano maggior spazio alla realizzazione extra lavorativa. Per garantire il più possibile di usufruire di questo contratto, si è scelto di attivare nuovi contratti a tempo parziale solo a termine, sottoponendo a revisione annuale le condizioni soggettive di richiesta e facendo un'analisi comparativa delle necessità, garantendo in questo modo la rotazione tra il personale, indirizzando e focalizzando le risposte alle esigenze che mutano nell'arco della vita delle persone.

3.2.2. IL PERSONALE AL 31/12/2004

	SESSO		Tot. complessivo
	Femmine	Maschi	
SPES	156	37	193
ST SERVIZI	5		5
CSSS	10	1	11
ST GESTIONI	12	3	15
ESTERNI	98	14	112
Totale complessivo	281	55	336



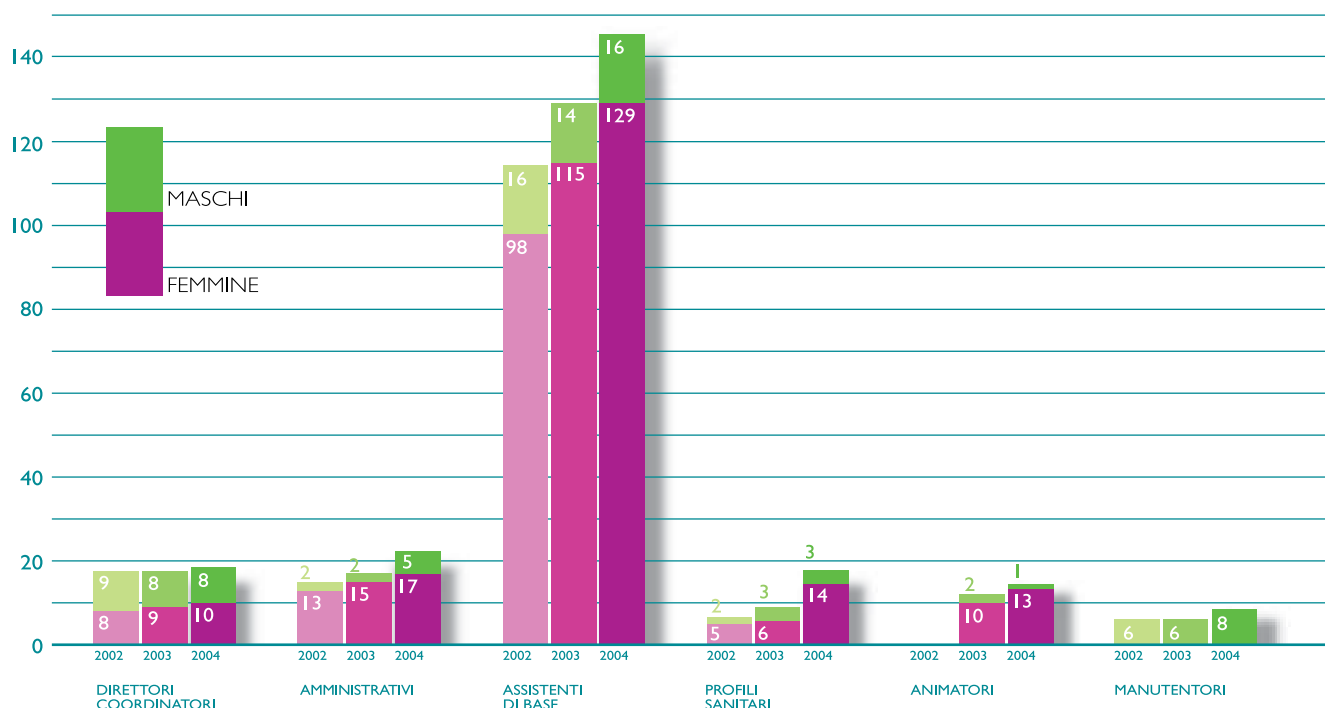
Alla fine del 2004 il Gruppo Spes conta 224 unità tra dipendenti e collaboratori (lavoratori parasubordinati) a cui si devono aggiungere 112 lavoratori esterni, per un totale di 336 unità impiegate nelle attività del Gruppo.

Rispetto al 2003 possiamo notare un incremento, pari a 32 unità, dovuto in gran parte all'avvio dell'attività delle 2 nuove società (CSSS e ST Gestioni), oltre al diffondersi della tipologia contrattuale del tempo parziale (da 74 a 94 contratti).

PERSONALE AL 31/12/04	PERSONALE DIPENDENTE				SERVIZI APPALTATI				TOTALE		
	Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		DIPENDENTI	ESTERNI	
	T.PIENO	P.TIME	T.PIENO	P.TIME	T.PIENO	P.TIME	T.PIENO	P.TIME			
RSA Casa Famiglia	22	14	7	1	7	9	1		44	17	61
RSA Villa Belfonte	23	18	9		3	22	1	4	50	30	80
RSA Villa Alpina	16	21	7	1	4	21	2	1	45	28	73
RSA Res. Via Veneto	27	19	5	2	7	18		2	53	27	80
RSA Tione	8	4	1	2	2	5	3		15	10	25
Direzione Generale	4	6	2	4					16		16
Gaudium et Spes		1							1		1
Totale generale	100	83	31	10	23	75	7	7	224	112	336

Prima di procedere all'analisi delle caratteristiche dei lavoratori va precisato che i dati si riferiscono esclusivamente ai 224 dipendenti diretti. Sono infatti considerati esterni tutti quei lavoratori che, dipendenti da altre aziende legate al Gruppo da contratti di appalto di servizio, risultano comunque integrati nel ciclo produttivo del Gruppo Spes occupandosi dei servizi alberghieri (ristorazione, rifacimento letti, servizio di sanificazione, estetiste, parrucchiere, ecc.), nonché un esiguo numero di persone che prestano la loro attività in regime di libera professione (alcune unità del personale medico e infermieristico).

Come già evidenziato, si tratta di un settore a netta prevalenza femminile (81,70% del totale dei dipendenti), peculiarità tipica nelle attività di cura e assistenza alla persona. È da notare che tale tendenza si conferma in tutte le funzioni, anche in quelle dirigenziali.



Un' ulteriore caratteristica del nostro personale è di essere mediamente giovane: oltre il 60% dei dipendenti non ha compiuto i 40 anni.

FASCE D'ETÀ

	fino 30 anni	31 - 40 anni	41 - 50 anni	51 - 60 anni	oltre 60 anni	TOTALE
RSA Casa Famiglia	7	10	17	10		44
RSA Villa Belfonte	10	22	15	3		50
RSA Villa Alpina	16	17	10	2		45
RSA Residenza Via Veneto	21	14	10	6	2	53
RSA Tione	4	4	4	3		15
Direzione Generale	4	8	2		2	16
Gaudium et Spes					1	1
Totale	62	75	58	24	5	224

Questo dato risulta in qualche maniera correlato al dato sull'anzianità aziendale.

Mediamente l'anzianità aziendale è contenuta (oltre 86% ha meno di 5 anni di permanenza in azienda).

Questo dato, tuttavia, per essere correttamente interpretato deve essere correlato con la storia del Gruppo; infatti 2 società collegate hanno iniziato la loro attività nel corso del 2004, mentre le RSA Villa Alpina e Residenza Via Veneto sono state attivate nel corso del 2001.

FASCE DI ANZIANITÀ

	fino a 5 anni	dal 6°al 10°anno	fino a10 anni	oltre 10 anni	TOTALE
Direttori/Coordinatori	17			1	18
Amministrativi	18	1		3	22
Addetto Assistenza di Base	121	16	3	5	145
Profili Sanitari	17				17
Animatori	14				14
Manutentori	7	1			8
Totale	194	18	3	9	224

Risulta comunque sempre elevato il numero di assunzioni e cessazioni (turn-over). Questo dato si spiega, oltre che attraverso la specificità del settore di attività, anche attraverso necessità momentanee. Infatti nel periodo invernale, in cui maggiore è il tasso di morbilità, o nel periodo estivo, in coincidenza con le ferie "lunghe", vi è un incremento momentaneo e straordinario di personale finalizzato a garantire la sostituzione del personale titolare assente.

	1° TRIMESTRE	2° TRIMESTRE	3° TRIMESTRE	4° TRIMESTRE	TOTALE
Dipendenti inizio periodo	192	199	208	216	
ASSUNZIONI	23	27	38	24	112
CESSAZIONI	16	18	30	16	80
Dipendenti fine periodo	199	208	216	224	

L'attività di reclutamento ha notevole rilevanza nella gestione delle risorse umane.

Viene privilegiato l'inserimento di personale residente sul territorio sede dell'unità operativa, realizzando con ciò la redistribuzione della ricchezza nel territorio in cui l'iniziativa economica si è insediata e garantendo condizioni lavorative migliori evitando il pendolarismo.

Per quel che riguarda la nazionalità dei dipendenti si può confermare la ancora scarsa penetrazione di stranieri, anche se la carenza di alcune figure professionali determina un'attenzione anche a mercati del lavoro non nazionali.

	ITALIA	EST EUROPA	OVEST EUROPA	AFICA	SUD AMERICA	ASIA	TOTALE
RSA Casa Famiglia	39	5					44
RSA Villa Belfonte	44	3			2	1	50
RSA Villa Alpina	44			1			45
RSA Residenza Via Veneto	45	2	1	1	4		53
RSA Tione	15						15
Direzione Generale	16						16
Gaudium et Spes	1						1
Totale	204	10	1	2	6	1	224

Il livello medio di scolarizzazione non risulta particolarmente elevato. Oltre il 20% del personale ha raggiunto solo il titolo della scuola dell'obbligo. Il 45% ha un titolo di scuola professionale (circa la metà sono profili socio-sanitari OSA, OTA, OSS). Anche i percorsi di studio superiori sono tendenzialmente di tipo tecnico (infermiere, fisioterapista, educatore) e finalizzati alla formazione di una specifica figura professionale.

	SC. OBBLIGO	SC. PROFESSIONALE	SUPERIORI/LAUREA	TOTALE
Direttori/Coordinatori		6	12	18
Amministrativi	2	5	15	22
Addetto Assistenza di Base	43	79	23	145
Profili Sanitari		10	7	17
Animatori		1	13	14
Manutentori	4	2	2	8
Totale	49	103	72	224
Valori percentuali	21,88%	45,98%	32,14%	100,00%

3.2.3 LE AREE DI SVILUPPO DELLA POLITICA PER IL PERSONALE

“Non può esserci innovazione senza cultura, non esiste solidarietà senza conoscenza. Lo studio e la ricerca sono, per chi opera in SPES Trento parte integrante del proprio bagaglio professionale” Carta dei Servizi

La valorizzazione della risorsa umana, del suo bagaglio professionale e personale è uno dei valori fondanti del Gruppo Spes. Gli strumenti attraverso cui si propone di attuare questi obiettivi sono la formazione, la comunicazione, l'integrazione, il confronto e lo scambio con esperienze diverse, la promozione del lavoro in equipe e l'introduzione di tecnologie a supporto delle attività.

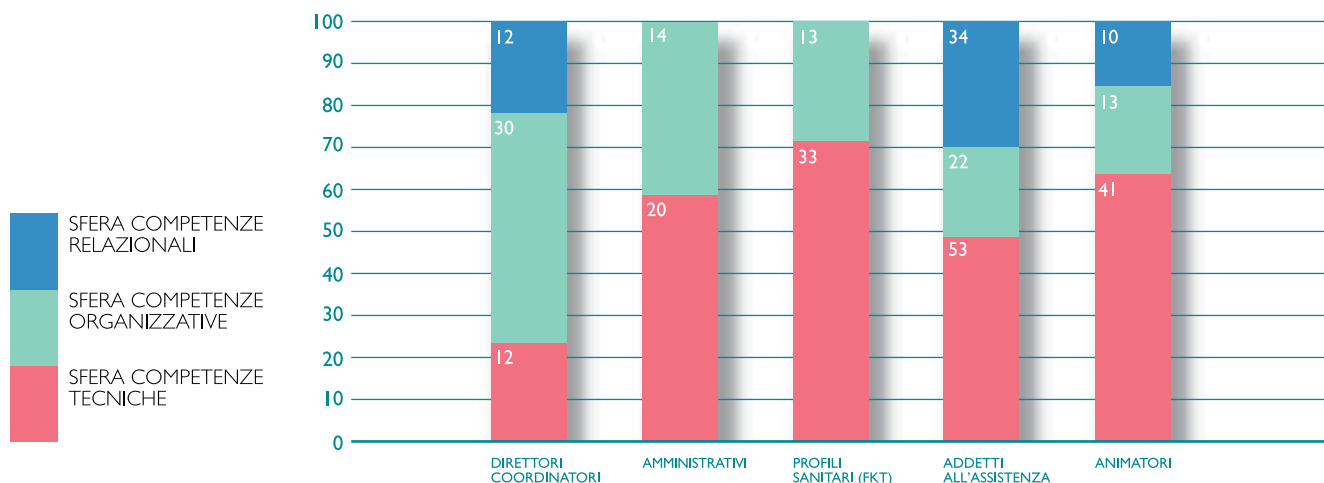
3.2.3.1 LA FORMAZIONE

La formazione è considerata un elemento strategico per il Gruppo Spes in quanto offre contemporaneamente qualificazione e competenza professionale, momenti di incontro, conoscenza e scambio. Nel 2004 l'investimento in formazione è stato molto consistente ed ha interessato in modo trasversale tutte le figure professionali

FIGURA PROFESSIONALE	FORMAZIONE INTERNA (n. ore)	FORMAZIONE PARTECIPATA (n. ore)	FORMAZIONE ESTERNA (n. ore)	TOTALE ORE FORMAZIONE	NUMERO SOGGETTI COINVOLTI	ORE MEDIE DI FORMAZIONE PER FIGURA PROF.
Direttori/Coordinatori	563	3,5	151	717,5	15	47,83
Amministrativi	294		7	301	10	30,10
Profili Sanitari	195	14	666	875	24	36,46
Animatori	452	831	36	1319	11	119,91
Addetti Assistenza di base	2116,5	154	251,5	2522	94	26,83
Manutentori			16	16	2	8
Totale	3620,5	1002,5	1127,5	5750,5	156	36,86

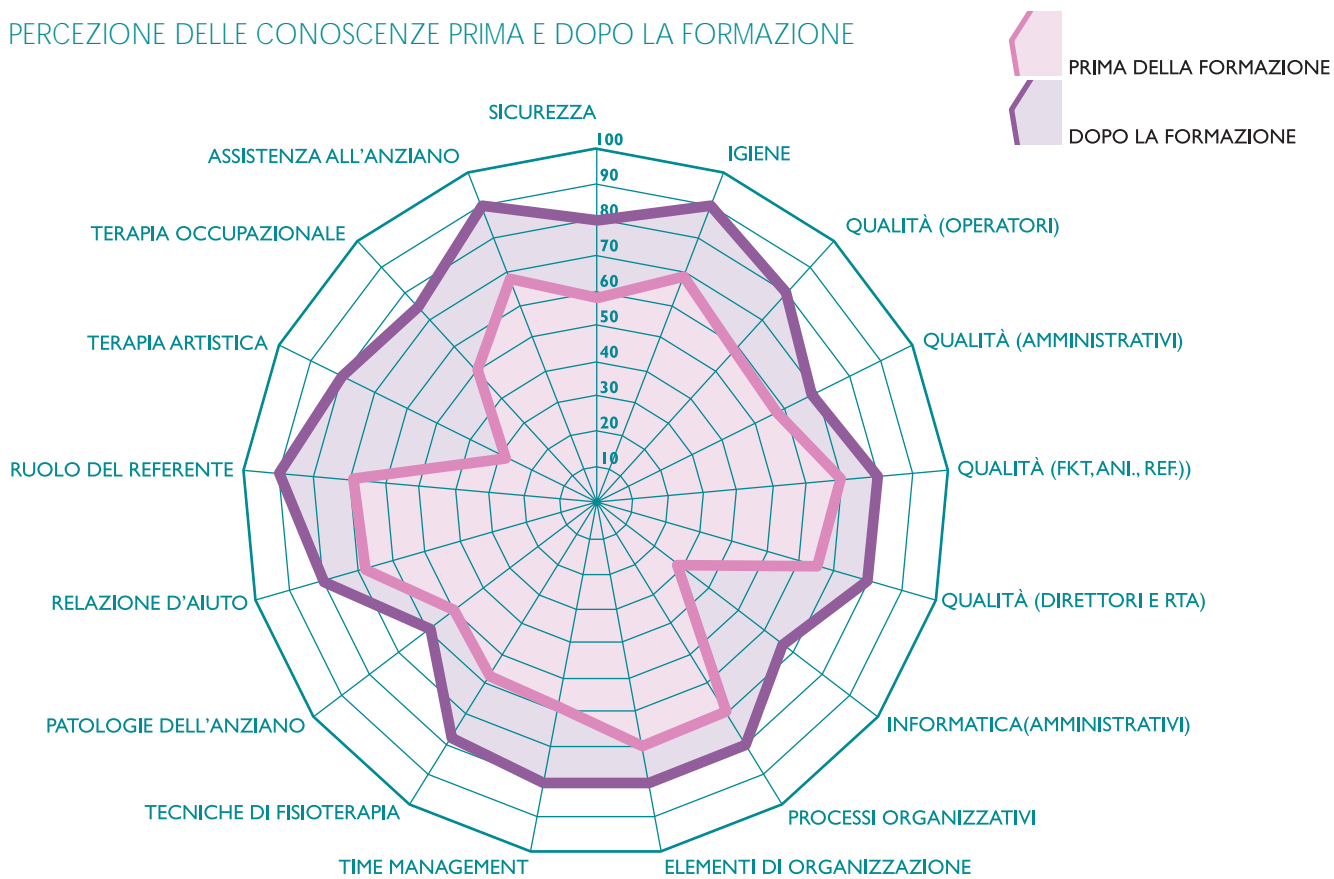
Le ore di formazione erogate sono state in totale 5750, di cui 3620 attraverso un percorso formativo organizzato all'interno; 1002 attuate in collaborazione con partners esterni con i quali si è progettato e definito il fabbisogno formativo e 1127 ore proposte da enti formativi esterni. L'impegno economico è stato superiore a € 75.000, ovvero circa l'1,5% delle risorse destinate al personale. La formazione interna nel 2004 ha visto la realizzazione di un corso intitolato "Sviluppo di Competenze per le figure professionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali", che ha voluto rispondere ai fabbisogni formativi individuati negli incontri con i responsabili dei servizi (direttori e RTA), nonché ad esplicita richiesta dei singoli gruppi professionali, quali animatori, fisioterapisti, ecc. Lo schema seguente rappresenta l'investimento formativo per area di competenza sulle diverse figure professionali:

CONTENUTI PER SFERA DI COMPETENZA SULLE FIGURE PROFESSIONALI



L'efficacia delle azioni formative è stata valutata attraverso uno strumento di autovalutazione. Si è misurato lo scarto tra conoscenze prima e dopo la frequenza al corso.

PERCEZIONE DELLE CONOSCENZE PRIMA E DOPO LA FORMAZIONE



Rilevante è stata anche l'esperienza portata avanti in collaborazione con COCLEA srl che, nell'ambito del progetto di sperimentazione "E-SPACE: uno spazio di collaborazione a favore dei processi di apprendimento esperto", ha consentito a 11 animatori di sperimentare la creazione e l'avvio di una comunità di pratica supportata da una piattaforma informatica. L'articolazione del percorso ha visto la compresenza di momenti d'aula in cui sono stati sviluppati gli argomenti della terapia artistica e occupazionale (80 ore), affiancati da momenti di discussione e confronto on-line.

Oltre a queste proposte formative interne il personale ha partecipato anche all'offerta formativa di enti esterni (UPIPA, CEREF...).

3.2.3.2 PERCORSO SVILUPPO DELLE COMPETENZE

Nell'autunno 2004 si è svolta la sessione di esami nell'ambito del progetto denominato "percorso sviluppo competenze".

Questo percorso è rivolto ad operatori senza titolo formale ma in possesso di un bagaglio esperienziale maturato in azienda; è prevista un'offerta formativa continua sulla scorta di un'adesione volontaria e un impegno aziendale a certificare le conoscenze acquisite previo sostegno di un esame formale. Il superamento della prova d'esame determina l'acquisizione di un livello retributivo equivalente a quello del personale con titolo formale.

L'adesione al progetto ha riguardato tutti gli aventi diritto. Di seguito riportiamo i risultati ottenuti:

	2003	2004
CANDIDATI	13	12
ritirati	2	2
non idonei	3	3
idonei	8	7

3.2.3.3 GLI OPERATORI SOCIO SANITARI: UNA SPERIMENTAZIONE PER LA LORO VALORIZZAZIONE

La figura degli operatori socio sanitari (O.S.S.) prevista solo da qualche anno, a tutt'oggi non trova, nell'ambito delle RSA, uno spazio specifico di collocazione. Infatti la normativa (Direttive Provinciali) fa ancora riferimento agli operatori socio assistenziali (O.S.A.), quali figure professionali dedite all'assistenza di base e agli infermieri professionali, quali figure con competenze nell'ambito sanitario.

Per valorizzare le competenze acquisite dagli O.S.S. nel loro percorso formativo si è sperimentata, in alcune RSA, una diversificazione delle loro attività, inserendo nei loro piani di lavoro quotidiani delle attività più vicine alla sfera sanitaria, svolte in collaborazione con gli infermieri professionali. Questa sperimentazione, che tendenzialmente continuerà nel 2005 ha ottenuto interesse e gradimento sia da parte degli OSS interessati che dagli infermieri.

RISORSE UMANE: DISTRIBUZIONE DEL VALORE AGGIUNTO

La parte di Valore Aggiunto destinata al personale, rappresenta l'88,08% del totale, ed è così rappresentata:

REMUNERAZIONE DEL PERSONALE		
Dipendente		5.234.981
retribuzioni lorde	3.682.830	
altri costi e servizi per il personale	121.972	
spese formazione, aggiornamento e trasferite	75.420	
accantonamento trattamento fine rapporto	274.744	
Totale remunerazioni dirette		4.154.966
contributi fondi pensione	2.030	
contributi	1.077.985	
Totale remunerazioni indirette		1.080.015
Collaboratori		152.817
compensi collaboratori	138.297	
Totale remunerazioni dirette		138.297
contributi	14.520	
Totale remunerazioni indirette		14.520

3.3 I SOCI

Il capitale sociale di S.P.E.S. Trento società cooperativa sociale ammonta al 31.12.2004 ad euro 1.471,80. La base sociale è così ripartita:

CATEGORIA	NUMERO
Soci volontari	15
Soci lavoratori	6
Soci utenti	15
Soci persone giuridiche	2
Totale	38

I soci volontari prestano la loro attività presso le Residenze Sanitarie Assistenziali sia attraverso il servizio di ausilio alla portineria che di supporto all'attività di assistenza. I soci lavoratori svolgono la loro opera presso l'ufficio della sede centrale, presso l'ufficio di segreteria a supporto della Azione Cattolica, presso le Residenze Sanitarie Assistenziali. I soci utenti godono del servizio offerto dalla cooperativa attraverso i loro congiunti ospiti delle strutture. I soci persone giuridiche sono il Consiglio Diocesano della Azione Cattolica ed il Comitato Provinciale del Comitato Italiano Turismo Sociale.

Il capitale sociale di S.T. Servizi società a responsabilità limitata, pari ad euro 500.000,00, è interamente posseduto dal socio unico S.P.E.S. Trento. S.P.E.S. Trento è titolare di una quota di 400,00 euro del capitale sociale della collegata cooperativa CSSS assommante a complessivi 1.600,00 euro. Il capitale sociale di S.T. Gestioni società cooperativa sociale, assommante a 4.500,00 euro è posseduto dalla controllante S.P.E.S. Trento per 2.500,00 euro.

3.4 GLI ENTI FINANZIATORI

La distribuzione sul territorio delle Residenze Sanitarie Assistenziali, ubicate a Trento, Villazzano ed a Montagnaga di Pinè, ha indotto il Gruppo Spes ad adottare una politica di affidamento delle singole posizioni finanziarie agli istituti di credito che vantano un radicamento territoriale. Ne è nato un corretto e proficuo rapporto con alcuni istituti di credito cooperativo. L'attuale situazione finanziaria evidenzia, per il Gruppo Spes, un corretto equilibrio tra fonti ed impieghi per quanto concerne l'ambito gestionale. È necessario il ricorso all'affidamento bancario a breve termine per la scoperta correlata agli investimenti in corso. Ciò ha determinato il riconoscimento agli istituti di credito di oneri finanziari per un importo di circa 40.000 euro. Nell'ambito del rapporto in corso si sono sviluppate molteplici occasioni di reciproco interesse che possono avere una positiva ricaduta anche su altri stakeholders. Si è sviluppato, nel corso del 2004, un proficuo rapporto di studio sulla riforma previdenziale e sugli effetti della stessa sulla capacità dei soggetti privati di far fronte alla propria spesa sanitaria, si è inoltre strutturato l'utilizzo di innovativi sistemi di pagamento (rid) in grado di sollevare da molteplici adempimenti i clienti utenti.

3.5 I CLIENTI UTENTI

L'UTENZA

L'utente ha diritto a ricevere cure ed assistenza adeguate, ad essere costantemente informato sulla propria situazione socio-sanitaria e sulla vita della Residenza, ad essere trattato con dignità e rispetto della propria individualità e riservatezza, a poter disporre della più ampia libertà compatibilmente con le esigenze della comunità residenziale.

Tali diritti sono esplicitamente richiamati all'interno della carta dei servizi, redatta dal Gruppo Spes che costituisce uno strumento centrale nella comunicazione tra azienda e utente. Attraverso la carta dei servizi il Gruppo Spes intende raggiungere due fondamentali obiettivi:

- far conoscere all'utenza valori, organizzazione e modo di operare delle proprie risorse professionali;
- definire e divulgare i livelli di servizio erogati e garantiti.

Poiché l'ambito delle azioni in RSA prevedono una componente sanitaria ed una componente sociale queste sono evidenziate in capitoli specifici.

Nel raggruppamento dei clienti utenti è da evidenziare il coinvolgimento e la partecipazione dei parenti. Ogni ospite ha almeno un parente di riferimento che viene coinvolto sia nella gestione del singolo ospite sia in momenti di condivisione a livello generale. In media nell'anno i parenti di riferimento sono stati 194 per ogni struttura.

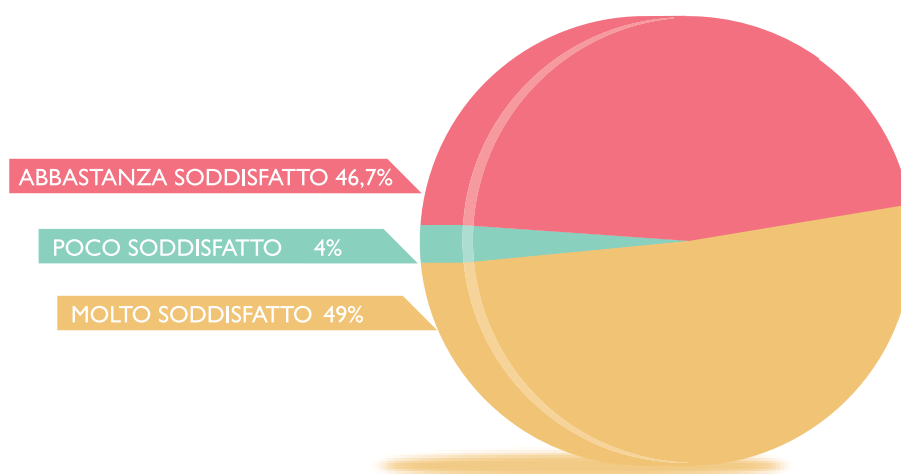
Il primo importante strumento di coinvolgimento e partecipazione è costituito dall'Assemblea Parenti, che rappresenta il luogo in cui i responsabili della struttura e i parenti dei Residenti possono confrontarsi su aspetti di carattere generale relativi alla gestione della residenza. Per il coordinamento degli aspetti di carattere più operativo è stato istituito il "Comitato Coordinamento Servizi" (C.C.S.) composto dal Direttore dell'Unità Operativa, dal Responsabile Tecnico Assistenziale, dal Coordinatore Sanitario (medico) e da due rappresentanti dei parenti dei Residenti.

Per ogni struttura nell'anno 2004 sono stati convocati in media 5 C.C.S. che hanno visto il coinvolgimento medio di 4 parenti. Altre occasioni di incontri con i parenti sono state le assemblee o ulteriori incontri formali (in media 4).

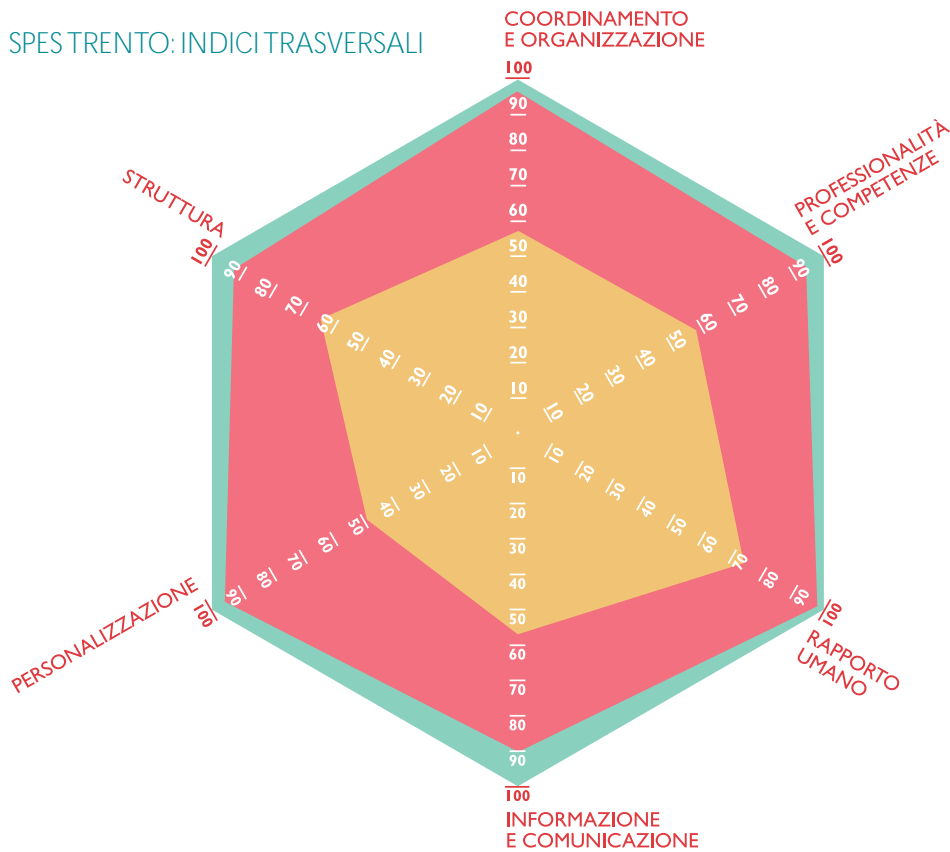
L'ANALISI DELLA SODDISFAZIONE DELL'UTENZA (CUSTOMER SATISFACTION)

La misurazione del grado di soddisfazione dell'utenza è necessaria al fine di fornire informazioni e riflessioni per interventi volti al miglioramento del servizio. Il Gruppo Spes dalla seconda metà del 2002 all'inizio del 2004 ha sviluppato un progetto per la realizzazione di un modello di analisi specifico per la realtà della Residenza Sanitaria Assistenziale. Tale modello viene ripetuto ogni 2 anni all'interno delle strutture. Di seguito sono riportati i grafici relativi alla rilevazione avvenuta nel corso del 2003 e che verrà ripetuta nel 2005 ritenendo che nel 2004 gli scostamenti rispetto ad una valutazione complessiva dei servizi offerti non dovrebbe subire significative variazioni. Nel 2005 sarà possibile avere il confronto fra i dati di due anni di rilevazione.

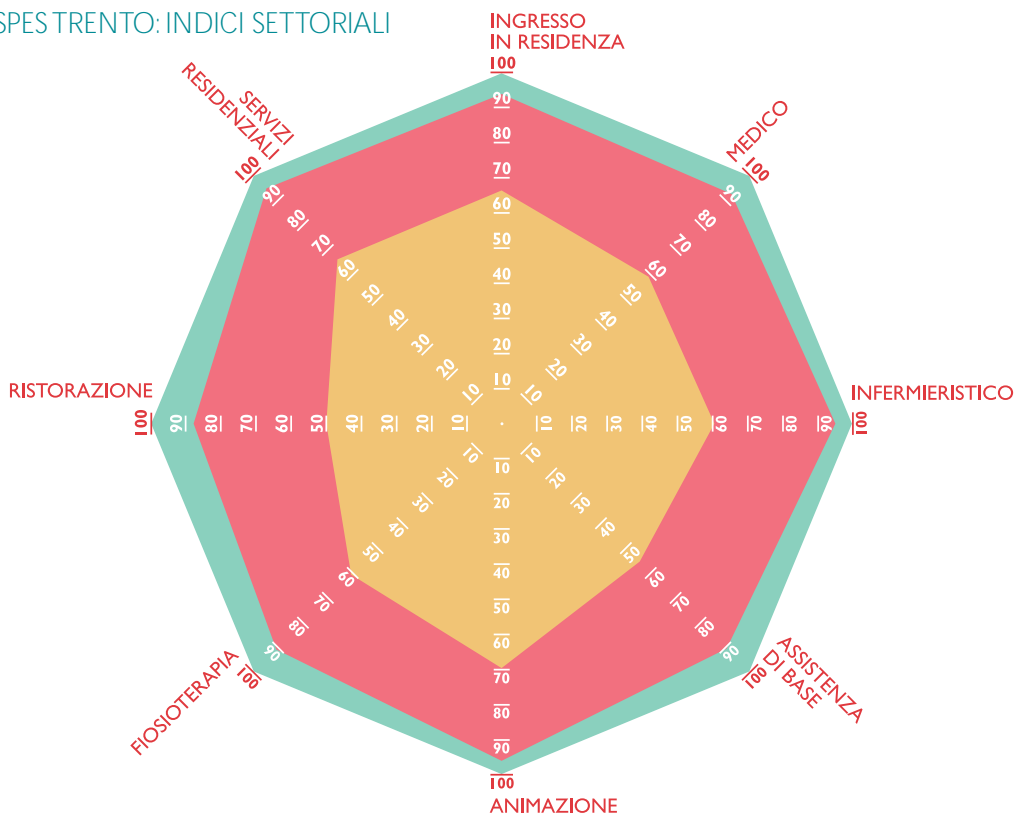
SPES TRENTO: INDICE GENERALE



SPES TRENTO: INDICI TRASVERSALI

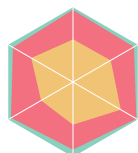


SPES TRENTO: INDICI SETTORIALI

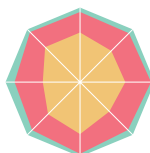


Legenda

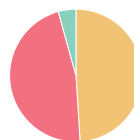
- MOLTO SODDISFATTO
- ABBASTANZA SODDISFATTO
- POCO SODDISFATTO
- PER NULLA SODDISFATTO



INDICATORI TRASVERSALI



INDICATORI SETTORIALI



INDICATORE GENERALE

AREA SOCIALE

Se l'area sanitaria coinvolge maggiormente le figure sanitarie (medico, infermiere, fisioterapista) l'area sociale coinvolge il complesso delle persone operanti all'interno della RSA. Il compito di maggior attivazione per stimolare il lavoro sociale basato preponderantemente sulla relazione è del servizio animazione, ma questo non implica un'esclusione delle altre figure professionali. Le attività sociali all'interno della RSA devono creare un clima positivo in tutti i momenti della giornata e permettere all'ospite di autodeterminarsi qualsiasi sia il suo grado di compromissione. Il lavoro all'interno di una struttura deve essere un processo globale, dato dall'insieme e dall'intreccio degli interventi sanitari, assistenziali, riabilitativi, relazionali, culturali e sociali. Ogni competenza deve essere utile all'unico processo. Il raggiungimento di risultati positivi non è obiettivo del singolo operatore, ma prevede la realizzazione di un modello organizzativo attraverso la costituzione di équipe multidisciplinari. Sono le équipe, composte da diverse professionalità, a poter raggiungere obiettivi complessi quali la personalizzazione del servizio e a poter favorire la definizione di un rapporto stabile tra anziano, operatore e famiglia e mantenere l'aggancio con la comunità sociale di appartenenza.

Significativi sono quindi i percorsi di integrazione tra figure professionali come ad esempio la possibilità di svolgere attività quali la ginnastica con i fisioterapisti o proporre attività di animazione in collaborazione con gli operatori di assistenza (es. cruciverba, lavori manuali ecc.).

Di seguito è riportata una tabella con l'elenco delle attività svolte all'interno delle 4 RSA.

ATTIVITÀ	N. INCONTRI	ATTIVITÀ	N. INCONTRI
cruciverba	179	attività artistiche	144
festa dei compleanni	42	intervento di esperti	20
tombola	82	feste / eventi	130
letture	210	giochi cognitivi	145
lettura del giornale	414	giochi motori	39
ginnastica di gruppo	325	filmati	67
riattivazione psicomotoria	31	comitato ospiti	19
uscite (con trasporto)	78	gruppo discussione	72
uscite culturali	54	gruppo giardino	56
passeggiate (senza trasporto)	35	gruppo foto	10
canto	104	gruppo maglia e cucito	50
attività manuali	607	colloqui individuali	306

Di seguito è riportata una media sulle 4 RSA che riporta le ore di attività di animazione (non comprendono le ore svolte dai volontari, attività non strutturate e le attività religiose) erogate nel corso del 2004 e la media di partecipazione.

	ORE EROGATE MESE	PARTECIPANTI
attività cognitive	61,55	22,45
attività espressive	21,61	11,69
attività motorie	52,98	16,40
attività sociali	44,12	8,03

In ogni struttura è inoltre previsto un servizio religioso che si concretizza nella celebrazione delle messe e di funzioni religiose nelle cappelle presenti in ogni RSA. Un sacerdote è presente come punto di riferimento spirituale anche per le confessioni, i colloqui individuali e nei momenti di avvicinamento alla morte.

3.6 IL FINANZIAMENTO DELLE RETTE

Le rette delle RSA si compongono di una parte legata ai servizi sanitari e di una parte legata a quelli alberghieri. Intendendo la prima quale importo sostenuto a fronte dei servizi sanitari erogati dalla RSA e la seconda quale importo sostenuto a fronte dei servizi residenziali ed alberghieri come riportato nel grafico. La retta alberghiera rimane a carico dell'utente.



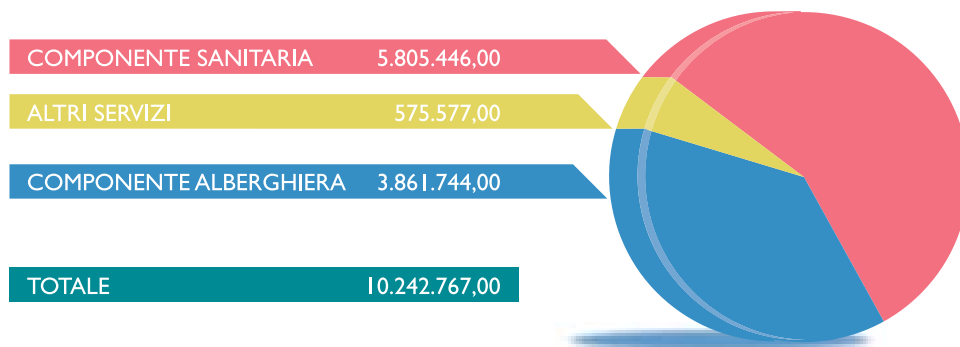
I soggetti a cui si fatturano i servizi sono riportati nella tabella successiva. Nella voce consulenze annoveriamo quanto realizzato da S.T. Servizi.

RICAVI DELLE VENDITE E DELLE PRESTAZIONI		
Componente sanitaria		5.805.446
A.P.S.S. Trento	5.507.695	
U.S.L. Bolzano	213.897	
A.S.L. Milano	59.505	
A.S.L. Brescia	24.349	
Componente alberghiera		3.861.744
Comune di Trento	2.271.377	
Comune di Baselga di Pinè	42.876	
Comune di Fornace	14.710	
Comune di Bedollo	14.710	
Comune di Laives	4.424	
Comune di Cardano	1.294	
A.S.S. Bolzano	11.847	
Ospiti privati	1.500.506	
Altri servizi		575.577
R.S.A. Tione	441.985	
Consulenze ed altri ricavi	87.242	
Attività Casa per Ferie	46.350	
Totale ricavi vendite e prestazioni		10.242.767

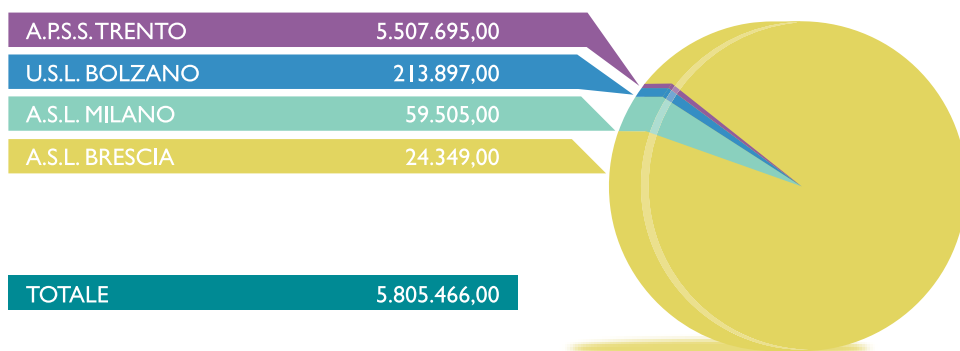
A completamento dell'informazione di cui alla precedente tabella è importante evidenziare come, per quanto attiene la fatturazione della capogruppo S.P.E.S. Trento, pur in presenza di un rapporto giuridico con il Comune di Trento per tutti gli ospiti entrati in RSA con impegnativa alla spesa e relativa fatturazione allo stesso Ente, molti ospiti provvedono direttamente al pagamento in proprio della retta alberghiera. Attraverso i propri risparmi o la propria pensione gli ospiti corrispondono a S.P.E.S. Trento un importo complessivo di poco inferiore a 3.700.000 euro.

Tra i ricavi riepilogati nella precedente tabella trovano, ovviamente, allocazione anche i ricavi delle altre società del gruppo. Il più rilevante tra questi è l'importo fatturato da ST Gestioni che, con l'inizio dell'attività di gestione della RSAo di Tione nel mese di agosto 2004, ha fatturato alla APSS di Trento un importo di 332.110,40 euro, importo che si è andato a sommare a quanto fatturato da S.P.E.S. nell'ambito degli accordi con Con.Solida.

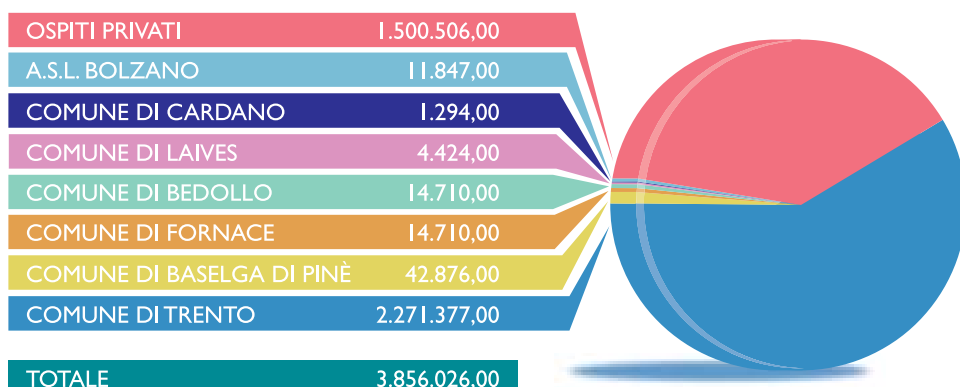
RICAVI DELLE VENDITE E DELLE PRESTAZIONI



COMPONENTE SANITARIA



COMPONENTE ALBERGHIERA

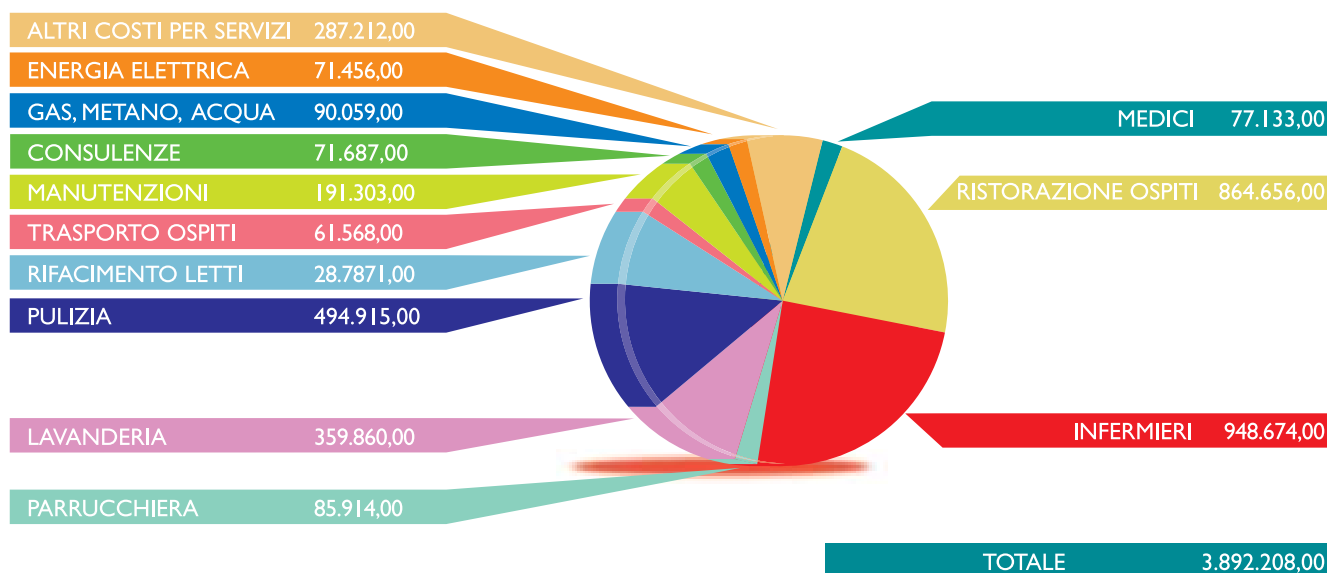


3.7 I FORNITORI

L'attività posta in essere dal Gruppo Spes comporta la necessità di dover usufruire di una notevole quantità di servizi acquistati dall'esterno. Ciò determina un consistente numero di persone che, attraverso la fornitura delle loro prestazioni, traggono un interesse primario dalla esistenza del gruppo.

Un'analisi dei costi per servizi evidenziati nel prospetto di Produzione del Valore Aggiunto porta al seguente dettaglio:

COSTI PER SERVIZI	3.892.208
Medici	77.133
Ristorazione ospiti	864.656
Infermieri	948.674
Parrucchiera, manicure e pedicure	85.914
Lavanderia	359.860
Pulizia	494.915
Rifacimento letti ed approntamento sala da pranzo	287.871
Trasporto ospiti	61.568
Manutenzioni	191.303
Consulenze	71.687
Gas, metano ed acqua	90.059
Energia elettrica	71.456
Altri costi per servizi	287.112



Rispetto ai servizi più costosi per quanto riguarda gli infermieri, si rimanda alla gestione delle risorse umane e alla relazione sanitaria mentre per il servizio ristorazione è interessante quantificare il consumo dei pasti che viene conteggiato in giornata alimentare composta da 3 pasti e 2 merende. Nel corso del 2004 si sono erogate agli ospiti 90.900 giornate alimentari per una media giornaliera di 248. Le stesse sono risultate così suddivise:

Casa Famiglia	complessive 18.820	per una media giornaliera di 51,4 giornate alimentari
Villa Belfonte	complessive 26.397	per una media giornaliera di 72,1 giornate alimentari
Villa Alpina	complessive 22.135	per una media giornaliera di 60,5 giornate alimentari
Via Veneto	complessive 23.548	per una media giornaliera di 64,3 giornate alimentari

Un'altra spesa interessante riguarda il servizio trasporto ospiti in quanto quest'ultimo necessita di un'organizzazione non solo interna ma anche esterna (es. rapporti con l'ospedale). Nel 2004 sono stati effettuati 669 viaggi che comprendono sia gli accompagnamenti a visite mediche e controlli ospedalieri, sia gite e attività ricreative. Nel corso degli accompagnamenti solitamente è sempre presente anche un parente o un volontario, per le gite sono presenti anche le figure professionali. Per quanto riguarda la qualità dei fornitori nell'ambito del sistema qualità ISO 9001:2000 esiste una

procedura di controllo qualitativo e quantitativo per le singole forniture, con particolare attenzione al rispetto dei termini temporali concordati. Nel caso in cui si rilevasse una non corrispondenza con quanto oggetto di ordinativo, viene evidenziata una non conformità del fornitore. In caso di ripetuto succedersi di tale evento il Gruppo Spes deve riconsiderare la posizione del fornitore. Analogamente, con riferimento alla prestazione di alcuni servizi - in particolare ristorazione, pulizia, lavanderia, rifacimento letti e approntamento sala da pranzo - vi è un periodico controllo.

3.8 LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

L'attività posta in essere dal Gruppo Spes determina un onere impositivo. L'IRPEG prevista a bilancio assomma ad euro 15.549. L'IRAP prevista a bilancio assomma ad euro 169.672. Tra le imposte indirette la voce maggiormente incidente è quella correlata all'ICI per un importo complessivo, per il gruppo, di Euro 9.934.

L'autonomia di cui è dotata la Provincia Autonoma di Trento determina l'attribuzione alla Provincia stessa del 90% delle imposte dirette versate.

3.9 LA COLLETTIVITÀ E IL LAVORO DI RETE

Nell'ambito delle attività delle RSA un ruolo forte è ricoperto dal rapporto con il territorio e la collettività. La collettività è rappresentata anche dai volontari che nel corso del 2004 sono stati circa 60 con una media di età di 54 anni e che sono presenti in media 2 ore al giorno in ogni struttura. I volontari partecipano anche a degli incontri ad hoc (3 incontri all'anno) per l'organizzazione del loro servizio all'interno delle strutture.

Ogni singola struttura si muove all'interno del territorio per creare una rete di servizi. In particolare il coinvolgimento vede la collaborazione di associazioni di volontariato, parrocchie, asili, scuole e nell'ambito della città le circoscrizioni. Le attività che vengono proposte sono le più diversificate: dalla partecipazione ad eventi (ad es. feste di primavera, sagre ecc.) alla strutturazione di progetti che vedono un coinvolgimento ed un confronto continuo. In questo senso sono attivi alcuni progetti con le scuole che permettono un forte scambio intergenerazionale. Di seguito è riportata una tabella con i dati relativi al coinvolgimento nel corso del 2004:

TIPOLOGIA	NUMERO
Associazioni	56
Parrocchie	18
Circoscrizioni	2
Asili	2
Scuole elementari e medie	6

È stato inoltre possibile farsi conoscere sul territorio grazie anche ad un interesse per progetti ed attività dei mezzi di informazione soprattutto giornali, radio e televisioni locali.

Ritenendo importante il confronto continuo con altre strutture che gestiscono servizi alla persona sono state effettuate delle visite sia a livello provinciale che extraprovinciale. Non dimenticando l'appartenenza all'unione europea sono state visitate strutture anche in Spagna e Germania.

Rispetto alla collettività il gruppo SPES porta un importo pari ad Euro 11.120 per "Oneri di utilità sociale", ma un ulteriore dato da evidenziare è legato a quanto, in termini di donazioni, il gruppo offre alla collettività. Un esempio tangibile sono i contributi per enti ed associazioni di volontariato che offrono assistenza a persone in difficoltà. Questo tipo di attività sono particolarmente significative a livello di sensibilizzazione all'interno delle singole strutture con il coinvolgimento di ospiti, parenti, operatori ecc.

Un esempio concreto quest'anno è legato ad un progetto di sostegno alle persone anziane in India.

4. BILANCIO DI SALUTE

I dati riportati sono emersi dalla rielaborazione di quanto registrato nel Sispes (Sistema informativo Spes) nel corso dell'anno 2004. Escludendo la parte relativa alla descrizione della popolazione residente in RSA i dati riguardano tutti gli ospiti che hanno avuto almeno un giorno di presenza nel corso dell'anno nelle quattro strutture Villa Alpina, Villa Belfonte, Residenza Via Veneto, Casa Famiglia; per quest'ultima sono sempre considerati gli ospiti fissi e non quelli a rotazione in quanto questi ultimi rappresentano un'eccezione all'interno del sistema.

I dati relativi alla RSAo di Tione sono presentati in un capitolo specifico.

4.1 CARATTERISTICHE DEGLI UTENTI DEL SERVIZIO SANITARIO

4.1.1 LA POPOLAZIONE DELLA R.S.A.

L'utente di una RSA è prevalentemente l'anziano non autosufficiente con limitazioni di autonomia di vario genere (fisica, mentale o sociale), che non è più gestibile presso il suo domicilio.

A seguito dell'evoluzione della politica sanitaria promossa dalla Provincia Autonoma di Trento, si è assistito al passaggio da casa di riposo a Residenza Sanitaria Assistenziale seguendo il cambiamento delle caratteristiche degli utenti.

Tra gli ospiti è possibile distinguere:

- ospiti autosufficienti: persone in grado di autogestirsi all'interno della RSA e che non necessitano di particolari interventi sanitari
- ospiti non autosufficienti: persone a carico del sistema sia dal punto di vista assistenziale che sanitario
- ospiti a rotazione: persone che necessitano di un breve periodo (massimo 3 mesi) di presenza in RSA per motivi gravi e di urgenza (es. degenza post ricovero ospedaliero).

Di seguito sono rappresentati i dati relativi alle caratteristiche della popolazione che nell'esercizio è stata oggetto di erogazione del servizio sanitario nelle RSA del Gruppo Spes.

TOTALE OSPITI	368
di cui femmine	279
maschi	89
ospiti a rotazione	27
ospiti autosufficienti	12
ospiti non autosufficienti	329

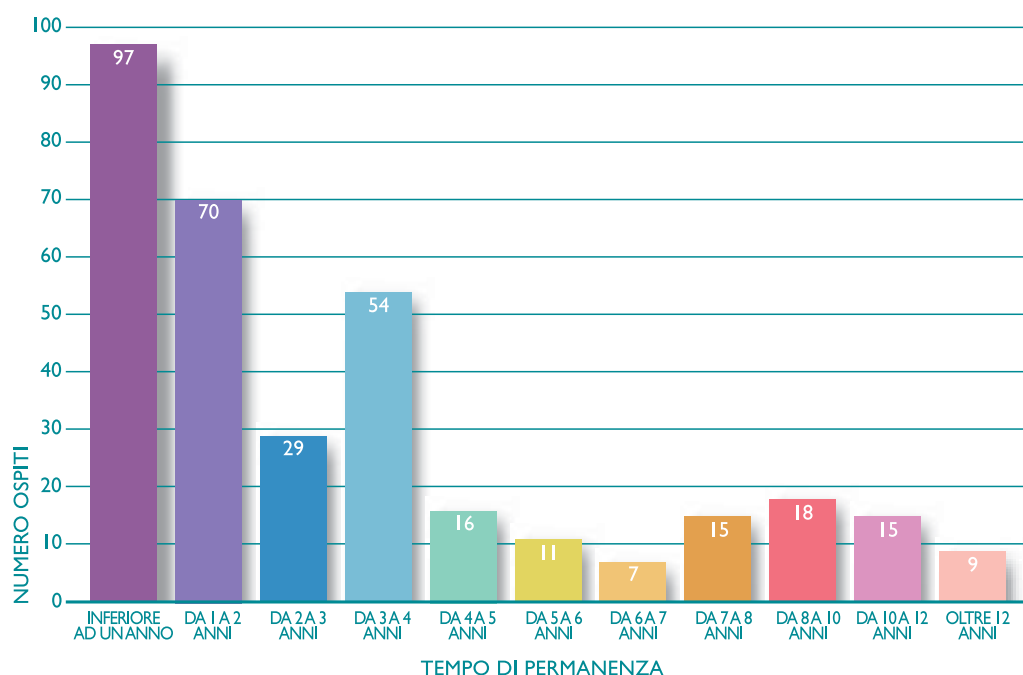
4.1.2 ETÀ E TEMPI DI PERMANENZA

L'età degli ospiti residenti si concentra maggiormente nella fascia di età tra i 75 e i 94 anni. L'età media dell'utente è pertanto di 85,59 anni, 13,20% dell'utenza ha meno di 75 anni, 75,07% dell'utenza è compresa tra 75 e 94 anni e 11,73% dell'utenza superiore ai 95 anni.

La permanenza media dell'utente in struttura risulta essere di 3,65 anni.

Tale permanenza muta a seguito dell'aumento della gravità della condizione degli ospiti, diminu-

endo progressivamente. Nell'esercizio 2004, 20 utenti sono entrati e usciti (mortis causa) nelle RSA del gruppo; la loro permanenza è quindi stata inferiore all'anno. Nel grafico viene rappresentata la permanenza in valori assoluti, 97 utenti hanno avuto una permanenza in struttura inferiore ad un anno.



4.1.3 LE DIMISSIONI

Per quanto riguarda i motivi che hanno portato alla dimissione degli ospiti nel 2004 si evidenzia quanto segue:

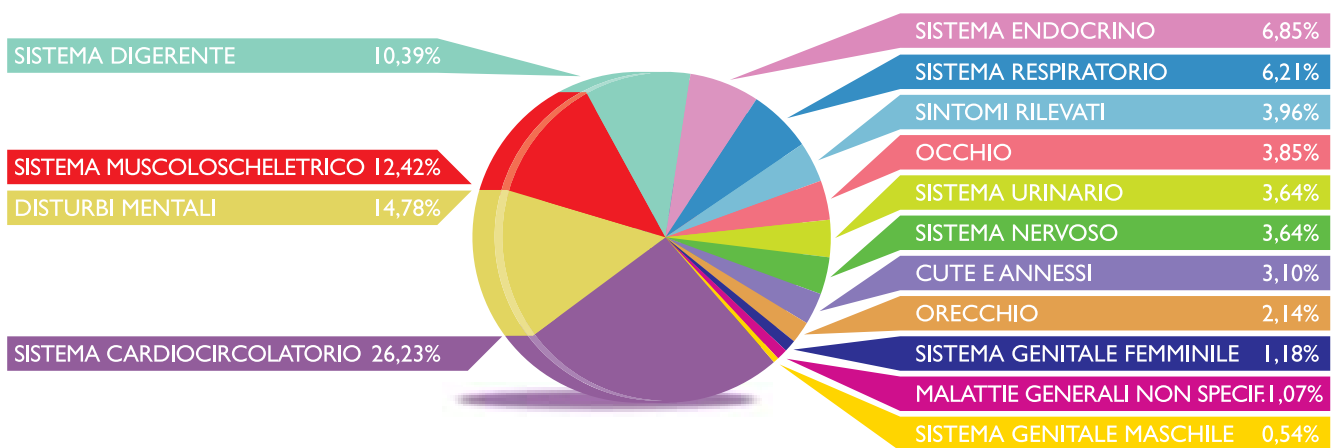
	OSPITI	OSPITI A ROTAZIONE
decesso in ospedale	24	
decesso in RSA	42	
ritorno a domicilio	6	23
trasferimento fuori provincia	1	
trasferimento in altra RSA	4	1
fine periodo rotazione		1
TOTALE DIMESSI 2004	77	25

Il tasso di turn over (25,8%) rappresenta l'indice di rotazione della popolazione residente. Laddove il trend di aggravamento delle condizioni dell'utenza all'atto dell'ingresso dovesse confermarsi, nel corso degli esercizi il tasso di turn-over dovrebbe aumentare. L'assetto del servizio deve tenere conto dell'indice di rotazione in quanto il fabbisogno sanitario tenderà ad aumentare mentre l'erogazione della componente sociale del servizio tenderà ad aumentare la propria complessità. L'equilibrio tra risorse organizzative ed aspettative degli stakeholder dovrà ricollocarsi di conseguenza.

4.1.4 PATOLOGIE PREVALENTI

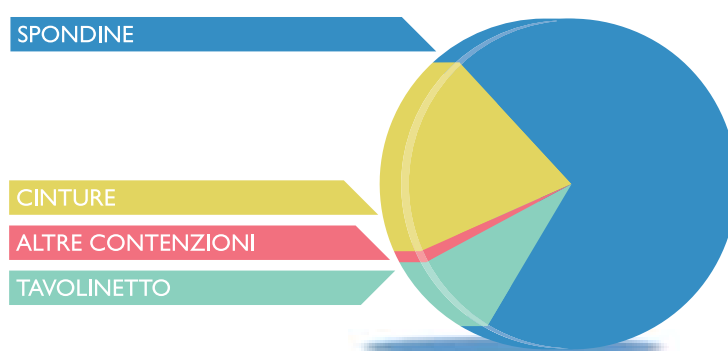
Il grafico suddivide gli apparati e gli organi per i quali sono individuabili varie patologie, rappresentate dal numero dei casi registrati nel corso del 2004 e dalla relativa percentuale.

Le patologie con maggiore prevalenza sono quelle che riguardano l'apparato cardiocircolatorio e tra queste spiccano l'ipertensione, le cardiopatie ischemiche e le forme aterosclerotiche. Tra i disturbi mentali assumono grande rilevanza le demenze, che necessitano di un importante investimento sanitario-assistenziale in particolare nel caso dei disturbi del comportamento o nelle situazioni di grave deficit nello svolgimento delle attività basali della vita quotidiana. Il sistema muscolo scheletrico viene coinvolto soprattutto da patologie degenerative quali artrosi ed osteoporosi. La malattia metabolica più frequente è il diabete mellito che implica un costante monitoraggio sanitario per la prevenzione delle complicanze. Nel corso del 2004 le infezioni del sistema respiratorio ed urinario non hanno avuto un'incidenza rilevante, verosimilmente per l'elevata adesione alla campagna vaccinale e per il basso utilizzo di cateteri vescicali. Infine, nell'ambito delle patologie della cute, le lesioni da decubito rappresentano casi sporadici, segno di un buon livello di assistenza di base.



4.1.5 LE CONTENZIONI

Le contenzioni sono l'insieme di strumenti che, con diverse modalità e contesti di applicazione, garantiscono la sicurezza all'ospite in quelle situazioni in cui, per mancata capacità o per alterate condizioni cognitive, l'ospite stesso rischia di procurarsi dei traumi se non opportunamente protetto. Un esempio di contenzione è la spondina del letto che può essere applicata qualora la persona anziana, talora confusa e disorientata, rischi di cadere inavvertitamente mentre dorme. L'uso delle misure di contenzione è conseguente ad una attenta valutazione che viene fatta, caso per caso, nell'equipe socio-assistenziale ed è soggetta a continue revisioni e adattamenti. Al 31 dicembre 2004 la percentuale di ospiti per cui erano utilizzate delle contenzioni è stata del 48,39%. Le contenzioni non sostituiscono il controllo attivo da parte del personale di assistenza, ma sono parte integrante di tale processo. Nel grafico seguente è indicata la distribuzione delle tipologie di contenzioni all'interno delle RSA.



4.1.6 GLI AUSILI ALLA DEAMBULAZIONE

Gli ausili alla deambulazione sono l'insieme di presidi che vengono utilizzati per favorire il movimento dell'anziano e quindi la massima autonomia possibile.

La scelta del presidio assegnato viene coordinata dal fisioterapista che, in stretta collaborazione con l'equipe socio-assistenziale, individua lo strumento che meglio si adatta all'ospite, in quella specifica situazione. Spesso tale assegnazione è finalizzata al recupero di potenzialità residue e quindi orientata ad essere temporanea e adattata all'evolvere della situazione dell'anziano.

Gli indirizzi nella riabilitazione, così come la scelta degli ausili specifici per la deambulazione, vengono supportati dalla consulenza di un fisiatra che, con cadenza quindicinale, visita gli ospiti con problemi di mobilità.

Una rappresentazione del numero degli ospiti che hanno necessitato a dicembre 2004 di ausili alla deambulazione è fornita dalla tabella successiva.

con carrozzina	114
con deambulatore	52
con bastone	14
deambulazione assistita	69

4.1.7 INCONTINENZA

Un altro dato relativo ai carichi per l'assistenza è dato dall'alta percentuale (il 90,36%) di ospiti che hanno bisogno di ausili per l'incontinenza. Questo implica un alto numero di cambi e allo stesso tempo una spesa sostenuta nell'utilizzo dei presidi (pannoloni).

L'ospite residente in RSA è perlopiù un grande vecchio, spesso portatore di pluripatologie e con deficit cognitivi talora rilevanti. Per questa ragione è, in così grande percentuale, affetto da incontinenza urinaria e, in misura leggermente inferiore, anche da incontinenza fecale.

Un corretto utilizzo dei presidi per l'incontinenza comporta, oltre alla personalizzazione del tipo di ausilio usato (non tutti gli incontinenti portano lo stesso pannolone), un cambio periodico, sia di giorno che di notte, del pannolone stesso, così da prevenire, oltre al disagio e ai cattivi odori, anche i danni alla cute e i rischi di infezione alle vie urinarie a cui l'anziano potrebbe con facilità andare incontro.

4.2 IL FABBISOGNO ASSISTENZIALE

Nel valutare il fabbisogno assistenziale dell'utenza vengono utilizzati dei sistemi di valutazione conosciuti a livello internazionale che permettono di offrire un quadro complessivo sulla situazione dell'ospite. Le valutazioni vengono ripetute almeno 2 volte all'anno e rappresentano il punto di partenza per poter stendere il Piano di Assistenza Individualizzato per ogni ospite. Indicativamente le valutazioni hanno coperto il 78% degli ospiti presenti in RSA, infatti non è sempre possibile sottoporre gli ospiti alle valutazioni. Di seguito riportiamo le principali schede di valutazione con i dati delle ultime rilevazioni nel corso del 2004.

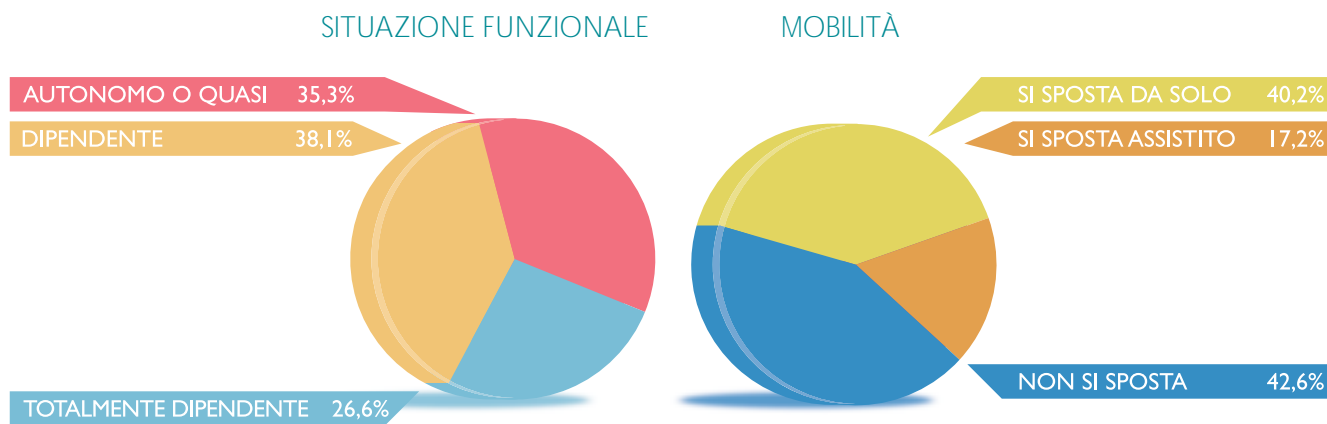
4.2.1 L'INDICE DI BARTHEL

Il metodo Barthel è uno strumento di valutazione della disabilità che venne codificato negli anni '60 dall'infermiera inglese Barthel. Il metodo si basa su dieci item, ognuno dei quali prende in esame vari aspetti inerenti le comuni attività della vita quotidiana. A ciascun item viene assegnato un punteggio

che può avere un valore variabile a seconda degli item, e a seconda del grado di funzionalità (piena, ridotta o nulla). Dalla somma degli item deriva un valore totale che esprime il grado di disabilità del paziente. Quanto più alto è il punteggio, tanto più elevato è il grado di disabilità.

La situazione funzionale esprime le capacità dell'utente di curare la propria igiene, vestirsi, alimentarsi ecc., mentre la mobilità esprime la capacità dell'ospite di muoversi (spostarsi dal letto, salire le scale ecc.)

In base alle valutazioni effettuate nel corso del 2004 la situazione degli utenti delle RSA risulta la seguente:



4.2.2 IL M.M.S.E. - MINI MENTAL STATE EVOLUTION

Il M.M.S.E. è un test per la valutazione del deterioramento mentale dell'anziano che focalizza l'indagine alla sola cognitività ed è applicabile in pochi minuti. Il M.M.S.E. è valido ed affidabile non solo nella discriminazione dei pazienti con disturbi mentali organici rispetto agli altri, ma anche nel documentare l'evoluzione dei disturbi cognitivi.

Rispetto ai dati dei M.M.S.E. somministrati nel 2004 è evidenziato dal grafico come la compromissione, anche se lieve, sia molto elevata e come ormai pochi siano gli spiti integri.



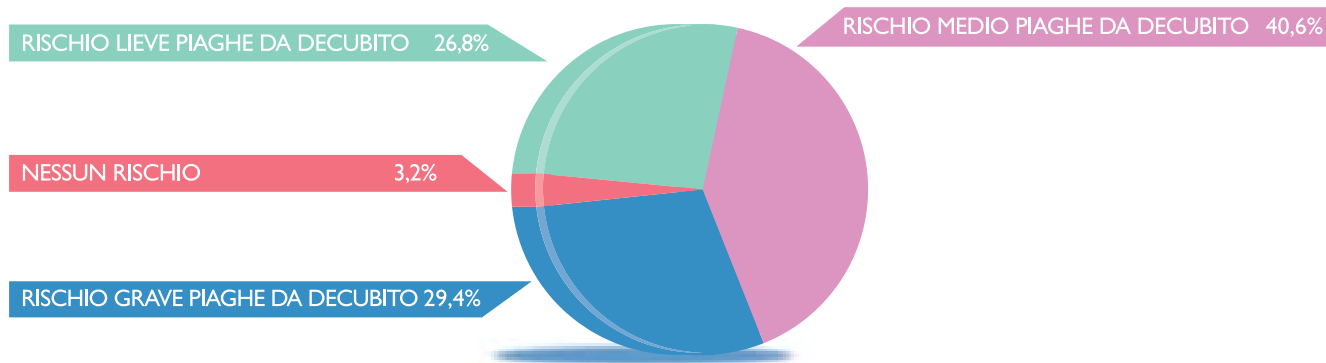
4.2.3 LA SCALA NORTON PLUS

La scala di Norton Plus permette di valutare la probabilità per l'utente di essere soggetto al rischio di L.D.D. - Lesioni da Decubito. Un punteggio elevato nella misurazione con scala di Norton Plus implica la messa in atto, da parte del personale infermieristico e addetto all'assistenza, di una attenta osservazione, nonché l'applicazione di un protocollo di prevenzione e, in caso di conclamata presenza di L.D.D., di monitoraggio e trattamento delle stesse.

Per la prevenzione e il trattamento delle L.D.D., il personale sanitario si avvale anche di specifici presidi di comprovata efficacia, tra questi i materassi ad aria sia preventivi che quelli di ultima generazione, con finalità curative.

Va comunque precisato che l'utilizzo di tali attrezzature è solo di supporto, e non sostituisce, le misure preventive e curative messe in atto dal personale sanitario.

Il quadro complessivo relativo al rischio di L.D.D. nel 2004 era il seguente:



4.2.4 I MINUTI ASSISTENZIALI: IL PRN80

In considerazione dei tempi dedicati all'assistenza socio sanitaria è interessante confrontare i dati relativi al valore ideale che emerge dal PRN80 (metodo elaborato in Canada dall'Università di Montreal per calcolare il fabbisogno di personale assistenziale, riadattato alle esigenze delle RSA). Il PRN 80 in pratica calcola i minuti di assistenza necessari a svolgere le attività socio-sanitarie, cioè le attività assistenziali, di cura e di tipo socio-relazionale, a seconda del tipo di problematiche espresse dai Residenti.

Presentiamo di seguito i principali fattori relativi ad aree di bisogno

ATTIVITÀ	MINUTI ASSISTENZIALI GIORNALIERI	MEDIA MINUTI ASSISTENZIALI GIORNALIERI PER OSPITE
respirazione	85,71	1
alimentazione	2896,62	46
eliminazione	1017,90	16
igiene, cura e comfort	3824,30	61
attività socio-relazionali e di socializzazione	1869,29	30
attività terapeutiche	383,46	6
attività diagnostiche	192,75	3
totale livello assistenziale	10270,03	165

	MINUTI DI ASSISTENZA GIORNALIERA GARANTITI PER CIASCUN RESIDENTE VALORE IDEALE (PRN 80)	MINUTI DI ASSISTENZA GIORNALIERA GARANTITI PER CIASCUN RESIDENTE VALORE PAT	MINUTI DI ASSISTENZA GIORNALIERA GARANTITI PER CIASCUN RESIDENTE VALORE EFFETTIVO SPES
VIA VENETO	165	125	147.61
VILLA BELFONTE	159	126.81	147,05
VILLA ALPINA	160	126.84	152.19
CASA FAMIGLIA*	170	139.95	162.25

* Il valore di Casa Famiglia risulta sfalsato rispetto ai precedenti in quanto comprende anche il Nucleo ad Alto Fabbisogno Assistenziale (NAFA)

4.3 LE PRATICHE DI EROGAZIONE E IL SISTEMA DEI SERVIZI

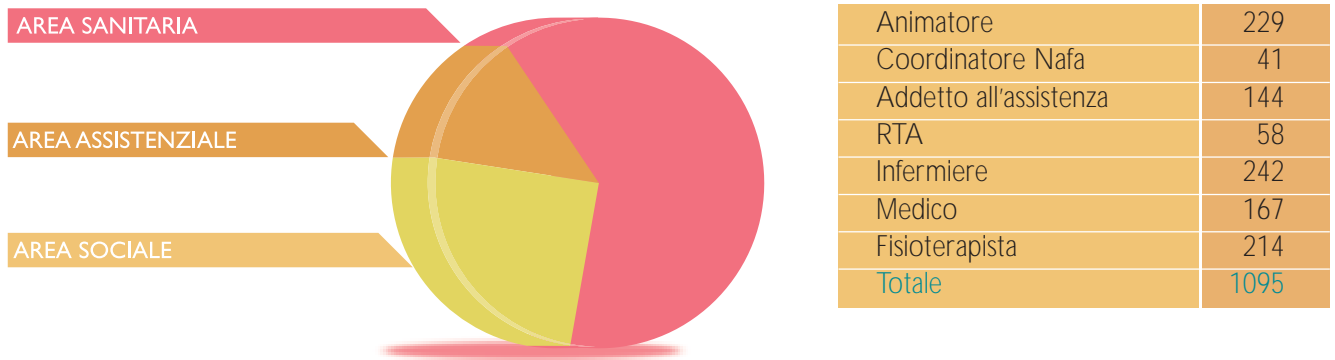
4.3.1 IL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO E L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE INTEGRATA

Il Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.) è un programma di interventi personalizzati elaborato singolarmente per ciascun residente. Il P.A.I. si fonda sul presupposto che ogni persona necessita di attività mirate al soddisfacimento di bisogni specifici, allo scopo di garantire le migliori condizioni psicofisiche possibili in relazione alla situazione di partenza ed alla sua evoluzione clinica. Attraverso il P.A.I. si vuole realizzare la cosiddetta "integrazione socio-sanitaria", risultato di un lavoro comune mirato al raggiungimento di un obiettivo condiviso, dove ciascun operatore fornisce il proprio apporto professionale. I P.A.I. vengono definiti all'ingresso dell'ospite e rivisti semestralmente.

Nel corso del 2004 sono stati aperti o verificati nelle 4 strutture 1095 PAI.

Nel grafico successivo si nota come la maggior parte dei P.A.I. siano in carico a personale sanitario, evidenziando con ciò il fabbisogno sanitario dell'utente. Ai responsabili di intervento presenti in tutte le R.S.A. si aggiunge, nel caso specifico della R.S.A. Casa Famiglia il coordinatore del nucleo ad alto fabbisogno assistenziale (NAFA).

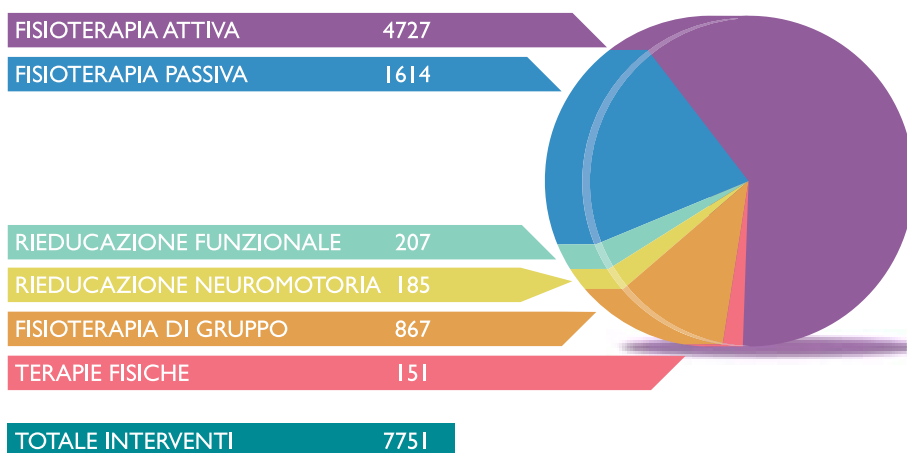
Del totale PAI ben 452 sono stati chiusi già nel 2004.



4.3.2 LA RIABILITAZIONE

Il servizio di riabilitazione è garantito in tutte le strutture con la presenza di almeno un fisioterapista, obiettivo della fisioterapia è attuare interventi rieducativi e riabilitativi che tendono a prevenire e ritardare la disabilità, nonché a mantenere e/o rafforzare le capacità e le potenzialità residue e effettive dei Residenti.

Su 190 ospiti trattati nel corso del 2004 sono stati effettuati i seguenti interventi:



Le attrezzature disponibili nelle palestre:

lettino di Bobath	4	Lettino da trattamenti elettrico	1
Cyclette con cardiofrequenzimetro	7	Lettino da statica	2
Verticalizzatore	5	Carrello attrezzato per psicomotricità	3
Apparecchio per elettroterapia	3	Ruota dei Lapidari	2
Parallele con percorso attrezzato	4	Pannello attrezzato a 15 elem. per ergoterapia	3
Scala modulare	2	Cicloergonoma	5
Specchio di Tinetti	4	Pedane oscillanti	5

4.4 LA CONNESSIONE CON IL SISTEMA SANITARIO

La connessione con il sistema sanitario avviene principalmente attraverso l'Unità di Valutazione Multidisciplinare e i rapporti diretti con le strutture sanitarie (ospedali, laboratori di analisi ecc.) e attraverso le ore di assistenza specialistica concordate annualmente con l'azienda sanitaria (geriatria, fisioterapia, dermatologia, psichiatria, odontoiatria).

L'Unità di Valutazione Multidisciplinare (U.V.M.), che opera presso il Distretto Sanitario Territoriale, regola l'accesso degli utenti non autosufficienti alle strutture. L'U.V.M. può essere attivata, con il consenso informato della persona interessata o dei suoi familiari, con le seguenti modalità:

- dai responsabili dei servizi socio-assistenziali o sanitari operanti a livello territoriale;
- dal proprio medico di medicina generale;
- dalle unità operative ospedaliere.

Il rapporto con l'ospedale può essere attivato a causa di ricoveri urgenti (con invio al pronto soccorso), ricoveri programmati (interventi programmati) oppure per particolari esigenze legate ad analisi e visite specialistiche.

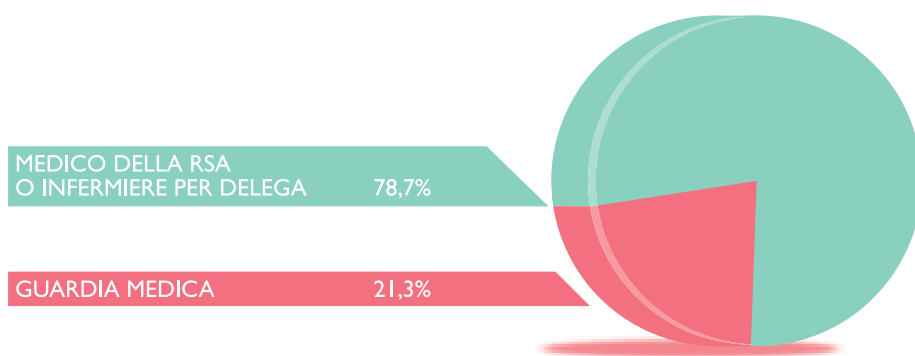
4.4.1 I RICOVERI OSPEDALIERI

L'ospite viene inviato in ospedale con la cartella clinica completa, inoltre è possibile per l'ospedale connettersi con il Sistema Sispes per poter avere un quadro di insieme sull'ospite ricoverato e sul suo percorso sanitario in struttura.

Nel corso del 2004 gli accessi all'ospedale sono stati i seguenti:

pronto soccorso	59	cardiologia	1
medicina interna	25	malattie infettive	1
geriatria	21	unità coronaria	1
ortopedia e traumatologia	11	urologia	1
chirurgia generale	2	nefrologia	1
altro	2	allergologia	1
emodialisi	1	Totale accessi in ospedale	127

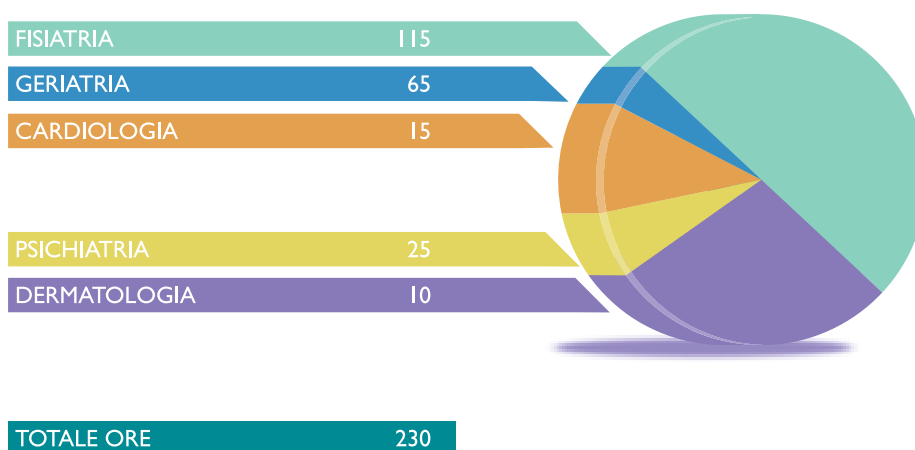
Dei 59 accessi al pronto soccorso 49 si sono trasformati in ricoveri presso reparti dell'ospedale. Gli invii in ospedale possono essere effettuati dal medico, dall'infermiere su delega del medico e dalla guardia medica. I ricoveri da parte della guardia medica incidono molto se si pensa al breve arco temporale in cui essa è impegnata.



4.4.2 VISITE SPECIALISTICHE

Le visite specialistiche possono essere effettuate all'interno della struttura grazie alla convenzione con l'APSS che mette a disposizione degli specialisti oppure portando l'ospite ai centri visite esterni.

Le ore garantite in convenzione sono state così distribuite



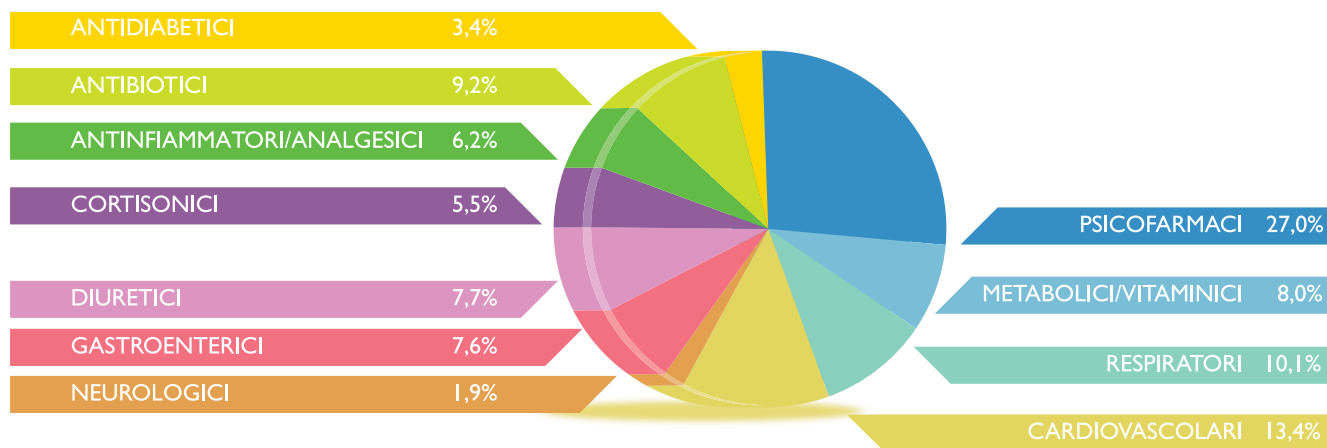
Totale delle visite mediche effettuate da specialisti presso strutture esterne.

fisiatrica	68	chirurgica	6
geriatrica	51	reumatologica	4
oculistica	57	oncologica	4
ortopedica	38	gastroenterologica	3
psichiatrica	25	urologia	1
cardiologia	24	terapia del dolore	1
endocrinologica	24	pneumologica	1
dermatologica	19	neurochirurgia	1
neurologica	21	internistica	1
odontoiatrica	18	ginecologica	1
otorinolaringoiatrica	11	dietologica	1
		TOTALE	380

Dalla tabella si evince come l'anziano in RSA necessita di cure specialistiche soprattutto sull'apparato muscoloscheletrico (fisiatria, ortopedia, reumatologia). Sono evidenti anche i fabbisogni di medicina specialistica oftalmica e psichiatrica.

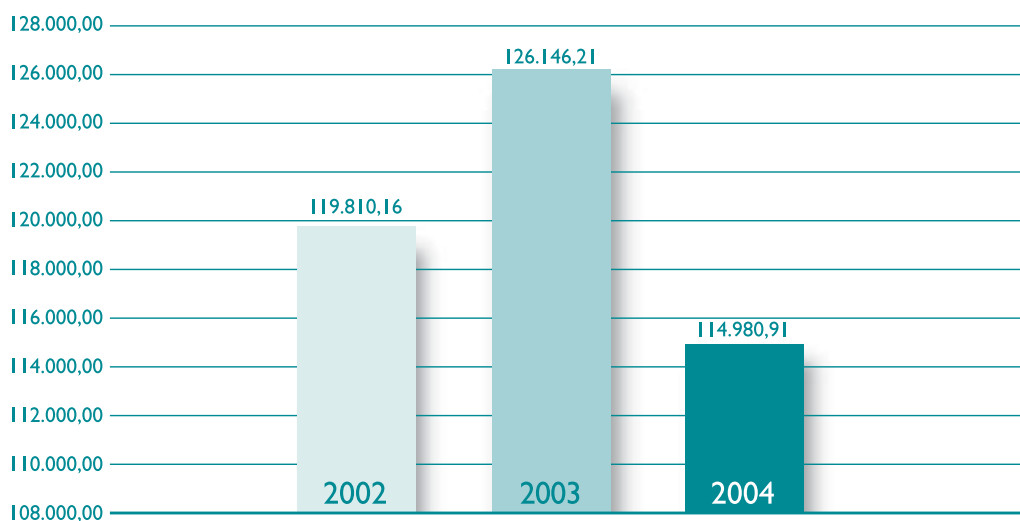
4.4.3 LA TERAPIA FARMACOLOGICA

La prescrizione di farmaci nel corso dell'anno è stata indicativamente di 4500 prescrizioni. Rispetto alle tipologie di farmaci prescritti si evidenzia quanto esposto nel grafico successivo. In particolare si può notare l'allineamento tra le patologie presenti in struttura e l'utilizzo dei farmaci. Si evidenzia in particolare il problema delle malattie con disturbo comportamentale ad elevata richiesta assistenziale con l'utilizzo di psicofarmaci (tranquillanti, antidepressivi, ...)



4.4.4 SPESA PER FARMACI E PRESIDII SANITARI

Per quanto riguarda l'acquisto dei farmaci nelle tabelle seguenti è riportata la spesa relativa agli ultimi 3 anni. I farmaci possono essere acquistati direttamente da Spes (costo a carico di Spes) o tramite la farmacia dell'ospedale in convenzione con l'APSS e quindi a carico della retta sanitaria.



ANNO	TOTALE SPESA FARMACI
2002	119.810,16
2003	126.146,21
2004	114.980,91

Nella tabella successiva è riportata la spesa media pro capite giornaliera.

ANNO	TOTALE SPESA FARMACI	SPESA PRO CAPITE GIORNALIERA
2002	119.810,16	1,36
2003	126.146,21	1,42
2004	114.980,91	1,19

I presidi sanitari sono composti principalmente da prodotti per l'incontinenza, guanti monouso ecc. Il finanziamento diretto che arriva a Spes Trento per l'acquisto di prodotti per l'incontinenza (che costituiscono la quasi totalità dei presidi acquistati da Spes Trento) da parte della APSS è pari per il 2004 a 97.489,73 mentre il rimanente è a carico di Spes come evidenziato nella tabella successiva:

ANNO	ACQUISTI A CARICO DI SPES	ACQUISTI A CARICO DELL'APSS	TOTALE SPESA PRESIDII
2002	24.964,36	186.687,12	211.651,48
PERCENT.	12%	88%	
2003	28.606,14	186.369,81	214.975,95
PERCENT.	13%	87%	
2004	24.744,53	189.824,55	214.569,08
PERCENT.	12%	88%	

ANNO	TOTALE SPESA PRESIDII	SPESA PRO CAPITE GIORNALIERA
2002	211.651,48	2,41
2003	214.975,95	2,41
2004	214.569,08	2,23

La variazione della spesa pro capite per farmaci e presidi può dipendere dalla gravità media degli ospiti e dal successo di pratiche e terapie alternative.

5. LA RSA OSPEDALIERA DI TIONE

PREMESSA

La RSAo di Tione offre un servizio diverso rispetto alle altre RSA del gruppo, pertanto è dedicato alla stessa questo capitolo specifico.

La differenza principale sta nel fatto che l'accesso alla RSAo è riservato, di norma, ai trasferimenti richiesti dalla rete ospedaliera per la prosecuzione di trattamenti in atto, previa valutazione dell'U.V.M. integrata dal medico curante dell'U.O. Ospedaliera inviante. La durata del ricovero in RSA è a termine con una durata massima di 6 mesi. Si capisce pertanto come la rotazione degli ospiti e le loro caratteristiche siano completamente diverse rispetto a quelle delle altre RSA.

Nonostante la gestione della RSAo ospedaliera sia partita da luglio 2004 riteniamo comunque importante, viste le peculiarità della struttura, trattare i dati relativi all'intero anno per una questione di completezza e di confronto con gli anni precedenti.

5.1 CARATTERISTICHE DEI RESIDENTI

Nel corso dell'anno 2004 sono state presentate 84 domande di ammissione, sono entrati effettivamente in RSAo 61 ospiti. Di questi 41 sono stati riabilitati e dimessi al proprio domicilio od in altre RSA del territorio, 13 pazienti sono deceduti di cui solo 1 in ospedale.

Alla data del 31 dicembre 2004 erano presenti in struttura 19 degenti. Nell'arco temporale dell'anno, sul totale dei 24 posti disponibili sono stati occupati in media 20,7 posti, per una media/ospite di permanenza di 124 giorni. I ricoveri in Ospedale sono stati 13 in totale, di cui 4 inviati dalla Guardia Medica, 4 in urgenza direttamente dalla RSAo, e 5 programmati.

Numero Tot. Richieste di ammissione in RSAo	84
Richieste di amm.ne soddisfatte	61
Nr. Ospiti riabilitati e dimessi a domicilio	31
Nr ospiti riabilitati e trasferiti in altre RSA	12
Nr. Decessi in RSAo	14
Nr. Decessi in Ospedale	5

Ci sembra interessante illustrare un'analisi comparativa dei dati relativamente agli anni 2002, 2003 e 2004. I dati riportati nella tabella seguente dimostrano che ad un aumentato numero di richieste è corrisposto un aumento della risposta, soddisfacendo un maggior numero di famiglie (aumentato turn-over di pazienti).

Anno	2004	2003	2002
Numero Tot. Richieste di ammissione in RSAo	84	86	68
Richieste di ammissione soddisfatte	61	58	51
Nr. Ospiti riabilitati e dimessi	43	41	42
Nr. Decessi Totali	19	13	15
Di cui Nr. Ospiti deceduti in Ospedale	5	1	4

Nella tabella successiva si mette in evidenza come il numero di giornate medie di permanenza è calato, mentre il numero di posti letto occupati resta sostanzialmente quasi invariato, ciò

dimostra la vera identità della RSAo. Da notare che il numero di posti letto convenzionati con la PAT (vedi direttive anno 2003), sono in nr. di 22 e non più 24.

Anno	2004	2003	2002
Nr. Posti letto in RSAo da direttive	22	22	24
Media posti letto occupati	20,7	21,5	21,7
Media giorni permanenza in RSAo per persona	124	135,3	155,31

Nella tabella successiva si vede la comparazione nei diversi anni delle motivazioni di accesso alla RSAo.

Anno	2004	2003	2002
Totale ricoveri in ospedale	13	12	11
Nr. Ricoveri fatti da Guardia Medica	4	6	5
Nr. ricoveri urgenti	4	5	2
Nr. Ricoveri programmati	5	1	4

5.2 LE PRATICHE DI EROGAZIONE E IL SISTEMA DEI SERVIZI

Per ogni ospite nuovo entrato, a distanza di 15 giorni circa dal suo ingresso è predisposto un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) come da indicazioni UVM e in seguito a valutazione multidisciplinare interna alla RSAo.

Dal mese di ottobre 2004, il PAI viene registrato direttamente attraverso Sispes nella cartella personale dell'ospite.

Il PAI si concretizza mediante la valutazione multidimensionale; ogni funzione i giorni precedenti alla riunione di équipe provvede alla compilazione delle relative schede di valutazione di competenza direttamente nel SISPEs, così al momento della suddetta riunione si hanno tutti i dati necessari in modo aggregato ed immediato.

Sono previste periodiche verifiche sul raggiungimento degli obiettivi fissati sul singolo caso, una rivalutazione globale dello stato della persona ogni qualvolta si rendesse necessario, la rivalutazione finalizzata alla decisione di dimissibilità della stessa, mentre se la dimissione prevede il trasferimento in altra struttura protetta, la valutazione multidimensionale avviene in collaborazione con il personale dell'UVM.

Al momento della dimissione, viene redatta una lettera di dimissioni da parte:

- dei medici della RSAo, contenente una breve relazione sul decorso e eventuali indicazioni e/o prescrizioni per il proseguimento delle terapie;
- della Responsabile Tecnica Assistenziale che in équipe stende una relazione di carattere assistenziale, dove viene esplicitato il decorso in RSAo, indicazioni e consigli utili per il miglior proseguimento a domicilio delle cure assistenziali, inoltre allo stesso scopo si ha sempre un colloquio di dimissione con i congiunti dell'interessato, dando disponibilità ad essere eventualmente interpellati in qualsiasi momento in caso di loro difficoltà;
- dell'animatore, contenente informazioni relativamente alla situazione relazionale e capacità cognitive residue;
- della fisioterapista, contenete informazioni eventuali sul decorso riabilitativo, indicazioni e consigli sul proseguimento dell'attività fisica, ecc.

5.3 IL FABBISOGNO ASSISTENZIALE

Tra gli interventi che richiedono una particolare attenzione è da sottolineare la prevenzione e la cura delle lesioni da decubito.

Il numero di persone affette da lesioni da decubito assistite in RSAo è stato di 14. Per 5 di queste le lesioni sono insorte in RSAo.

Per quanto riguarda invece le persone assistite che hanno avuto bisogno di contenzioni si segnalano solo spondine a letto per 12 persone.

Il numero di cadute in un anno è stato di 12, tre hanno richiesto l'intervento dei sanitari (ospedalieri) per indagini diagnostiche (RX, ecc.) o per lesioni o traumi più o meno importanti.

Ospiti con lesioni da decubito assistite in RSAo	14
Di lesioni da decubito insorte in RSAo	5
Ospiti con mezzi di contenzioni	22
Ospiti caduti	12
di cui ospiti che hanno richiesto intervento sanitario in Ospedale	3

5.4 I BISOGNI SOCIO-RELAZIONALI E LA RIABILITAZIONE

I bisogni socio-relazionali sono soddisfatti principalmente dal servizio di animazione. Premessa l'importanza e la necessità di tale servizio come parte fondamentale ed integrante dell'assistenza alla persona nella sua globalità, è opportuno mettere in evidenza che esso si pone alla base delle relazioni sociali e interprofessionali fra assistito e tutti coloro che vi ruotano attorno (personale di assistenza, infermieri, medici, famigliari, riabilitazione e non per ultimo fra ospiti stessi).

Le attività proposte dal servizio animazione si possono dividere in attività di gruppo e attività con il singolo. Tra le attività di gruppo si evidenziano quelle manuali, i gruppi discussione, la lettura di giornali e riviste, proiezione di film e diapositive, ecc.

In diversi casi si predispongono progetti individualizzati, finalizzati al mantenimento - recupero o stimolo delle capacità residue psico-fisiche.

Il servizio è garantito dalla presenza di un animatore da lunedì a sabato.

Con le persone che presentano capacità residue compromesse per l'espletamento delle attività di vita quotidiana, ma che manifestano potenzialità di recupero (anche se minimo), vengono svolte attività di "psicomotricità o ergoterapia" finalizzate al recupero di determinate funzioni in collaborazione con la terapeuta della riabilitazione (presente part-time dal lunedì al venerdì).

Ad esempio il recupero può in alcuni casi essere finalizzato al movimento degli arti superiori per permettere all'ospite di continuare a mangiare con una certa autonomia, piuttosto che al recupero della funzionalità degli arti inferiori per una migliore deambulazione in autonomia con supporto di ausili specifici; in ogni caso con il piccolo gruppo si svolgono attività in forma di gioco dove viene richiesto un certo sforzo psico-fisico per il raggiungimento di piccoli obiettivi quotidiani.

Per un caso si è reso necessario impostare un percorso specifico che ha visto l'intervento della fisioterapista e dell'animatore per alcune ore anche presso il domicilio subito dopo la dimissione; il progetto prevedeva la riabilitazione e il recupero di tutte quelle attività domestiche necessarie per permettere alla persona di rientrare a domicilio e ad autogestirsi con un minimo di aiuto. Per il raggiungimento di tale obiettivo è stato necessario fare anche dei piccoli acquisti di ausili.

IL LAVORO DI RETE

Il servizio di animazione della RSAo ha sviluppato e consolidato ottimi rapporti con le associazioni di volontariato presenti sul territorio. Avvalendosi della loro collaborazione è possibile

svolgere diverse attività ricreative sia all'interno che all'esterno della struttura, come ad esempio feste musicali, gite, e qualche uscita. Nel corso del 2004 la presenza media giornaliera dei volontari è stata di almeno 2 ore al giorno. Oltre alle attività i volontari sono di supporto anche durante i pasti e per gli accompagnamenti.

Fondamentale è anche il lavoro svolto con la rete parentale dell'ospite. Nel corso del 2004 i parenti di riferimento sono stati un centinaio. In loro rappresentanza è costituito, come per le altre RSA del gruppo Spes, il CCS (Comitato Coordinamento Servizi) di cui fanno parte 2 parenti e che è stato convocato 2 volte. Tutti i parenti sono stati invitati ad altri 2 incontri di confronto.

SERVIZIO RELIGIOSO

Fra tutte le attività animative svolte in RSAo è molto sentito l'aspetto religioso, è compito dell'animazione favorire la partecipazione degli Ospiti alle funzioni religiose sia in struttura che nel luogo di culto dell'Ospedale.

Buoni sono i rapporti con il sacerdote dell'Ospedale, il quale fa visita agli Ospiti quotidianamente ed all'occorrenza.

5.4 LA CONNESSIONE CON IL SISTEMA SANITARIO

Distretto Sanitario: i rapporti con il Distretto Sanitario di Tione sono buoni e costruttivi sotto ogni aspetto in particolare con l'UVM. I medici partecipano alle sedute e provvedono alla compilazione delle relative schede previste per la rivalutazione degli ospiti in uscita dalla RSAo. Un buon rapporto di collaborazione si è instaurato anche con il servizio sociale comprensoriale.

Servizio di Continuità Assistenziale

È attivo nelle ore in cui non sono reperibili i medici convenzionati con la RSAo (dalle ore 20 alle ore 8 dei giorni feriali, dalle ore 8 alle 8 del prefestivo e festivo).

Il Servizio ha risposto sempre tempestivamente alle chiamate degli infermieri professionali della RSAo; spesso gli interventi effettuati si sono conclusi con il ricovero del paziente in Ospedale.

Rapporti con i servizi ospedalieri

La maggior parte dei rapporti sono intercorsi con il reparto di Medicina. Abbiamo riscontrato una sollecita collaborazione nella risoluzione dei casi presentati, spesso mediante attivazione di un canale preferenziale con il reparto, talora persino con interventi diretti del medico di medicina e di altri reparti presso la RSAo, che hanno permesso di ridurre al minimo i disagi per i nostri Ospiti ed allo stesso tempo a ridurre i ricoveri in Ospedale.

Visite specialistiche

La maggior parte degli interventi specialistici hanno riguardato lo specialista fisiatra, senza la cui sollecitudine e tempestività ben difficilmente sarebbe stato possibile avviare un serio programma di riabilitazione per alcuni Ospiti. Lo stesso discorso vale per il servizio di logopedia.

Per quanto riguarda le altre consulenze specialistiche si è fatto ricorso agli ambulatori ospedalieri seguendo i normali orari e canali di accesso.

Di grande collaborazione e improntato alla massima disponibilità il rapporto con i servizi di laboratorio e radiologia.

Emergenze Sanitarie

L'esperienza fatta in quasi tre anni di attività, relativamente alle urgenze mediche che si verificano al di fuori dell'orario di reperibilità dei due medici operanti nella struttura, evidenzia come la risposta del Servizio di Continuità Assistenziale, che viene chiamato ad intervenire, spesso si conclude con la proposta di ricovero in ambito ospedaliero tramite visita urgente al Pronto Soccorso.

6. OBIETTIVI PER L'ESERCIZIO 2005

6.1 MIGLIORARE LA QUALITÀ DEL SERVIZIO AL RESIDENTE NELLA COMPLESSITÀ DEI SUOI ASPETTI

Nello sviluppo di questo obiettivo si punterà a portare avanti un progetto di ricerca legato al tema del dolore. Obiettivo principale del progetto sarà riuscire a migliorare la capacità di registrazione e cura del dolore somatico da parte delle équipes delle RSA. Oltre a tale obiettivo si intende approfondire quali siano le implicazioni dal punto di vista etico dell'applicazione di terapie del dolore.

Oltre a questo progetto si intende attivare un lavoro di rete per i famigliari degli ospiti delle RSA per poterli sostenere in momenti difficili come l'inserimento di un proprio caro in una struttura assistenziale e nei momenti di avvicinamento alla morte.

6.2 MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE CON I PORTATORI DI INTERESSE E LA CAPACITÀ DI MISURARE IL SERVIZIO

Proseguire lo sviluppo del bilancio sociale e di salute redatto per la prima volta quest'anno affinando gli strumenti di rilevazione ed impostando delle interrogazioni automaticate nel sistema informativo Sispes. Il sistema verrà inoltre revisionato in tutte le sue funzioni per mantenerlo sempre adeguato all'organizzazione per le attività di monitoraggio e valutazione del servizio.

Un ulteriore integrazione di Sispes permetterà un approfondimento sulla personalizzazione delle attività di assistenza e cura. L'obiettivo è di riuscire a creare una "Tavola dei servizi alla persona" a pittogrammi.

Nel 2005 verrà inoltre ripetuta la rilevazione della soddisfazione del cliente (customer satisfaction) strumento tangibile che permette di comprendere al meglio quali sono le attività da intraprendere per migliorare sempre più il servizio.

6.3 MIGLIORARE PROCESSI OPERATIVI DI CURA E ATTIVITÀ ASSISTENZIALE

Nell'ambito delle attività di cura e assistenziali l'introduzione di linee guida porta ad una maggior consapevolezza per tutti coloro che operano in RSA. Riuscire ad individuare delle linee guida predisposte dalle società scientifiche o da gruppi di esperti è fondamentale per poi poterle inserire ed adeguare all'interno delle strutture. Tali linee permettono oltre ad una qualità alta del servizio di monitorare in modo costante ed uniforme quanto viene svolto in RSA.

6.4 MIGLIORARE L'EFFICACIA DELLE AZIONI FORMATIVE

La qualità del lavoro rimane uno dei punti centrali del Gruppo Spes pertanto la formazione ricopre un ruolo fondamentale. Oltre ad implementare nuove metodologie formative (ricerca azione, comunità di pratica ecc.) nel 2005 è intenzione di consolidare l'approccio alla formazione creando un sistema di valutazione e bilancio delle competenze per cui sarà possibile creare percorsi formativi ad hoc.

6.5 RIORGANIZZARE IL SERVIZIO TRASPORTI

Il servizio trasporti rappresenta un'attività che incide sia da un punto di vista qualitativo che economico sul servizio offerto dalle RSA. Un trasporto ben organizzato, con un mezzo adeguato, puntuale, è sintomo di qualità. Lo sforzo che si vuole portare avanti nel 2005 è di trovare il giusto connubio tra qualità del servizio e costo del servizio stesso. La riorganizzazione del servizio trasporti vedrà un investimento di risorse sia umane che tecnologiche (prenotazione dei mezzi in Sispes) ed il coinvolgimento di tutte le figure professionali coinvolte nelle prenotazioni dei trasporti (segreterie, medici, infermieri, animatori).

a cura dell'Ufficio comunicazione del Gruppo Spes

Progetto Grafico
Pio Nainer Design Group, Trento

Stampa
La Reclame, Trento

finito di stampare nel mese di maggio 2005