

Gruppo di lavoro per la redazione del bilancio sociale

Donata Montagnoli, Silvia Ungaro, Helga Marciano, Antonietta Vella, Paola Bertelli

Direzione

Giuliano Sormani

Massimiliano Malè

Supervisione

Andrea Poisa

Progetto grafico e editing

Massimiliano Malè

Bilancio Sociale

2015

Perché il Bilancio Sociale

La cooperativa sociale è un'impresa che non persegue il profitto per distribuirlo tra gli azionisti e, in parallelo, gli azionisti non hanno nessun interesse ai dividendi azionari, che sono inesistenti. In queste poche righe si spiega l'importanza del bilancio sociale per una cooperativa sociale perché, al di là degli obblighi dettati dalla normativa, esso comunica il valore aggiunto atteso da coloro che, soci o non soci, partecipano alla cooperativa. Valore, non nel senso economico, delle attività e dei servizi, spesso essenziali, resi alla collettività. In questa visione, gli indicatori economici e finanziari sono certamente il termometro della salute dell'ente, ma poco dicono rispetto al suo fare sociale e solidale.

La redazione del bilancio sociale è la parte visibile di un lavoro di sistema che prevede il contributo di tutte le funzioni coinvolte nei processi e nei servizi della Cooperativa. Sono i singoli Responsabili dei servizi che attraverso il costante monitoraggio dell'attività forniscono gli elementi necessari alla Direzione Servizi e Generale per l'elaborazione del Bilancio Sociale.

Il presente bilancio sociale si attiene a quanto contenuto nelle linee guida dell'Agenzia per le Organizzazioni Non Lucrative di Utilità Sociale e alle indicazioni offerte dal Gruppo di Studi per il Bilancio Sociale. Come indicato nella norma si è privilegiato l'utilizzo di valori assoluti, mentre percentuali e indici sono stati utilizzati dove necessari per fornire informazioni complete e comparabili.

Il Bilancio Sociale 2015 è stato emesso il 15 marzo 2016, dal Consiglio di Amministrazione della Cooperativa, e verrà posto all'approvazione dell'assemblea il 16 aprile 2016.

1 La dimensione sociale

1.0 L'impegno di solidarietà sociale della Cooperativa

Riportiamo una citazione dall'art. 3 dello statuto della Cooperativa, dal quale si evince con chiarezza in cosa consiste il suo impegno di solidarietà sociale: "La Cooperativa Sociale non ha scopo di lucro, persegue esclusivamente l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini e svolge la propria attività esclusivamente a favore di persone con disabilità nelle attività motorie e

del muoversi, soprattutto spastici e miodistrofici prioritariamente residenti nella Provincia di Brescia, gestendo servizi sociosanitari, assistenziali, educativi e di qualunque altro genere purché utili al raggiungimento di una migliore condizione di vita loro e delle loro famiglie".

1.1 Perimetro del bilancio

Il bilancio sociale deve riportare in modo preciso e analitico l'attività della cooperativa presa nelle sue tre fondamentali dimensioni. La prima è quella relativa alla natura e all'assetto della società cooperativa. La seconda dimensione espone i risultati operativi, economici, gestionali e strategici, alla luce della loro evoluzione storica. Nella terza si trova l'analisi quali/quantitativa dei bisogni e delle attività con cui la cooperativa ha cercato di dare risposta. Omessa da questo bilancio sociale l'attività di *found rising* in quanto inesistente. Infatti dal 2006 la Cooperativa non è più attiva in modo diretto nella raccolta delle liberalità, ciononostante esistono ancora benefattori che indicano la Cooperativa quale beneficiaria diretta per le loro elargizioni, se ne darà riscontro nel capitolo relativo agli aspetti economici e finanziari.

1.2 Forma giuridica adottata - storia ed evoluzione

La forma giuridica attuale della Cooperativa è, secondo le leggi vigenti, quella di Cooperativa Sociale e, come tale, ONLUS di diritto. Essa venne fondata il 1 dicembre 1978 come Società cooperativa a responsabilità limitata denominata "Scuola di Mestieri per Spastici e miodistrofici" con la seguente missione: "La società ha carattere essenzialmente mutualistico, si propone di far apprendere una specifica professionalità agli handicappati spastici e miodistrofici residenti nella provincia di Brescia che aspirano ad una occupazione nella vita sociale. Per tale scopo la cooperativa avvierà attività di produzione di beni e servizi, con la relativa commercializzazione, su base artigianale, in settori che abbiano caratteristiche tali da inserirsi nel contesto dell'economia bresciana, per inserirvi quindi gli handicappati."

Segue la donazione da parte delle tre Sezioni ANA della Provincia di Brescia della sede attuale, avvenuta nel 1983, il 14 aprile 1984 la ragione sociale viene modificata in "Scuola di Mestieri per Spastici e Miodistrofici Nikolajewka - Società Cooperativa a r.l." e la missione viene riformulata come segue: "La società ha carattere essenzialmente

mutualistico, si propone di far apprendere una specifica professionalità agli handicappati spastici e miodistrofici residenti nella provincia di Brescia e di fornire agli stessi l'assistenza e i servizi di cui abbiano bisogno o che siano comunque utili al raggiungimento di una migliore condizione di vita." Prendendo atto delle modifiche legislative intervenute, l'Assemblea del 29 aprile 1989 modifica la ragione sociale in "Scuola di Mestieri per Spastici e Miodistrofici Nikolajewka - Società Cooperativa di Solidarietà Sociale a r.l.". A seguito dell'emanazione della Legge 381/91 l'Assemblea del 9 maggio 1992 modifica la ragione sociale in "Scuola di Mestieri per Spastici e Miodistrofici Nikolajewka - Cooperativa Sociale a r.l." e ridefinisce la propria missione in: "La società ha carattere essenzialmente mutualistico, con lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini e, attraverso l'opera a favore degli handicappati spastici e miodistrofici residenti nella provincia di Brescia, si propone di fornire agli stessi l'assistenza e i servizi di cui abbiano bisogno o che siano comunque utili al raggiungimento di una migliore condizione di vita. Per raggiungere tale finalità la Cooperativa può impegnarsi:

- nella gestione di servizi socio-assistenziali-sanitari-educativi;
- nella promozione e gestione di corsi di formazione, istruzione preparazione professionale;
- nell'organizzazione socio-assistenziale agli handicappati gravi;
- nella gestione del complesso Nikolajewka e di tutti i servizi che nello stesso possono essere svolti".

Abandona quindi il campo dell'inserimento lavorativo e diviene Cooperativa Sociale di tipo "A". Al fine di recepire la Legge 59/92 con l'Assemblea del 30 aprile 1994, oltre ad alcune modifiche tra cui la proroga della sua durata al 31.12.2100, amplia la propria missione in: "La società ha carattere essenzialmente mutualistico, con lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini e, attraverso l'opera a favore di handicappati fisici, soprattutto spastici e miodistrofici residenti nella provincia di Brescia, si propone di fornire agli stessi l'assistenza e i servizi di cui abbiano bisogno o che siano comunque utili al raggiungimento di una migliore condizione di vita. Per raggiungere tale finalità la Cooperativa può impegnarsi:

- nell'organizzazione e gestione di servizi socio-assistenziali sanitari-educativi;
- nella gestione del complesso Nikolajewka e di tutti i servizi che nello stesso possono essere svolti". A seguito dell'emanazione del D. Lgs. 4.12.1997 n. 460 "Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale" le Cooperative sociali vengono automaticamente incluse nelle ONLUS. Con l'Assemblea del 18 aprile 1998 si recepiscono i dettati del Decreto, si assume la nuova ragione sociale: "Scuola di Mestieri per Spastici e Miodistrofici Nikolajewka - Cooperativa Sociale a r.l. Onlus" e si adegua la missione: "La Cooperativa Sociale non ha scopo di lucro e persegue esclusivamente l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini gestendo a favore di handicappati fisici, soprattutto spastici e miodistrofici residenti nella Provincia di Brescia, servizi sociosanitari, assistenziali, educativi e di qualunque altro genere purché utili al raggiungimento di una migliore condizione di vita loro e delle loro famiglie". Da ultimo l'Assemblea del 23 ottobre 2004 oltre al recepimento delle modifiche richieste dal D. Lgs. 17.01.2003, n. 6, ha modificato la ragione sociale in quella attuale di "Cooperativa Sociale Nikolajewka - Onlus" e la missione in quella precedentemente indicata quale oggetto sociale.

1.3 Organi sociali

1.3.0 Il Consiglio di Amministrazione

L'amministrazione della Cooperativa è affidata al Consiglio di Amministrazione che, a norma dell'art. 28 dello Statuto, è investito dei più ampi poteri per la gestione della Cooperativa.

In armonia con quanto contenuto nello statuto, il Consiglio nella sua prima riunione ha nominato tra i Consiglieri il Presidente e il Vice Presidente. Il consiglio non ha nominato amministratori delegati.

CdA in carica dal 13 aprile 2013

<i>Presidente</i>	<i>Prima Nomina</i>
Alberto Anelli	29/04/1995
<i>Vice Presidente</i>	
Francesco Giliberti	09/05/1992
<i>Consiglieri</i>	
Piero Arici	21/04/2007
Teresa Capra Confortini	01/07/2004
Giovanni Coccoli	17/04/2010
Giuseppe Duina	17/04/2010
Andrea Poisa	24/04/2001
Flavio Simonelli	17/04/2010
Rinaldo Ventura	13/10/2009

1.3.1 Deleghe

Il consiglio di amministrazione ha attribuito al Presidente, al Vicepresidente e al Direttore Generale, disgiuntamente parte dei poteri necessari per l'ordinaria amministrazione e gestione della cooperativa.

1.3.2 Il Collegio Sindacale

Contestualmente all'elezione del Consiglio di Amministrazione, il 13 aprile 2013, è stato nominato il collegio Sindacale che:

- vigila sull'osservanza delle leggi e dello statuto, sul rispetto dei principi di corretta amministrazione ed in particolare sull'adeguatezza dell'assetto organizzativo, amministrativo e contabile adottato dalla Cooperativa e sul suo concreto funzionamento,

- accerta la regolare tenuta della contabilità sociale, la corrispondenza del bilancio e del conto profitti e perdite alle risultanze dei libri e delle scritture contabili e l'osservanza delle norme stabilite dalla legge per la valutazione del patrimonio sociale;

- esprime con apposita relazione un giudizio sul bilancio di esercizio.

<i>Presidente</i>	<i>Prima Nomina</i>
Alberto Facella	08/04/1998
<i>Sindaci Effettivi</i>	
Flaviano Codignola	17/04/2010
Marsilio Repossi	19/04/2008
<i>Sindaci Supplenti</i>	
Davide Felappi	13/04/2013
Maria Anna Tonni	13/04/2013

1.4 La vita associativa

1.4.0 I soci

Diminuisce nel 2015, il totale dei soci, rispetto al precedente anno. Nella categoria soci sovventori si registra l'ammissione della associazione Brixia Symphony Orchestra, che da molti anni contribuisce, attraverso la realizzazione di numerose manifestazioni culturali e promozionali, tra cui l'annuale appuntamento con il "Concerto di Capodanno" al teatro Grande di Brescia, a sensibilizzare l'opinione pubblica in merito all'opera della Cooperativa. Sono invece due i soci dimessi, entrambe per decesso e appartenenti ai volontari, Vincenzo Metelli, capogruppo di Lamarmora, e l'alpino Giampietro Bassi.

Categoria associativa	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Entenza per giur.	13	52	52	62	110	110
Fruitori	56	59	58	57	59	56
Prestatori	15	16	17	17	16	16
Sovventori	93	96	100	100	101	102
Volontari	78	78	78	77	76	75
totale	255	301	305	313	362	359

1.4.1 Attività assembleare e incontri con la compagine sociale

Assemblea ordinaria.

Il 18/04/2015 l'assemblea ordinaria ha approvato all'unanimità il bilancio di esercizio 2014, con una perdita di € 44.814, da coprire mediante l'utilizzo della riserva indivisibile ex Legge 904/77, il bilancio sociale 2014, e la proposta di affidare alla società Reconta Ernst & Young S.p.A. l'incarico per la certificazione del bilancio degli esercizi 2015, 2016 e 2017.

Oltre alle incombenze previste dalla legge durante, l'assemblea ha dibattuto in merito a due questioni: l'utilizzo di lavoratori socialmente utili, e il problema dei servizi della cooperativa per i disabili con più di 65 anni. Sul primo punto, proposto dal socio Aperti, si è convenuto sulla difficoltà di trovare persone con idonei titoli e competenze per ausiliare il personale operativo. In merito alla seconda questione l'assemblea ha preso in considerazione di approfondire le proposte dei soci Guidi e Griffini di realizzare, con l'occasione del futuro ampliamento, servizi idonei anche per disabili che hanno compiuto i 65.

Altri incontri con i soci.

Per non trattandosi di attività assembleare ai sensi degli artt. 2538, 2364 e 2365, del Codice Civile, per una Cooperativa sociale appaiono molto importanti i momenti di incontro tra i propri soci. Due sono stati i principali momenti di incontro con tutti gli stakeholders della Cooperativa. Il primo, aperto a tutti, è la festa di mezza estate che si è tenuta il 3 luglio. Animatore della festa è stato Charlie Cinelli con la sua band, mentre un ottimo riscontro ha avuto la prima edizione "corri per Nikolajewka", corsa podistica che ha visto al via ben 500 partenti. Eccezionale successo dello stand gastronomico gestito dagli alpini, che è stato preso d'assalto dai podisti. L'altro importante momento è stata la tradizionale festa del patrono della Cooperativa, S. Masimiliano Kolbe, il 19/09/2015.

Relazione annuale dell'Organismo di Vigilanza al Consiglio di Amministrazione per l'anno 2015

Premessa

In data 24 giugno 2014 il Consiglio di amministrazione della Cooperativa Nikolajewka, in applicazione delle linee guida del Modello 231/2001, ha deliberato la costituzione dell'Organismo di Vigilanza (nel seguito OdV).

In continuità a quanto svolto nel corso del secondo semestre 2014, il presente documento riepiloga l'attività svolta dall'Organismo di Vigilanza ex D.Lgs 231/2001 nel corso dell'anno 2015.

Operatività dell'OdV

Nel primo semestre dell'anno l'Organismo di Vigilanza 231 della Cooperativa Nikolajewka si è concentrato sulle attività di Gap Analisi già avviate nel 2014.

In particolare, con il supporto della Direzione Generale e della Direzione Servizi della Cooperativa, è stata nuovamente effettuata l'analisi della normativa aziendale al fine di consolidare e meglio individuare i singoli processi operativi aziendali da consolidare in una tassonomia dei processi organizzata su tre livelli di crescente dettaglio. In esito a tale analisi sono stati identificati n. 6 Aree di Riferimento (I° livello), n. 10 Macro Processi (II° livello) e n. 64 Processi Operativi (III° livello). Sulla scorta degli approfondimenti condotti in relazione alla tassonomia dei processi ed all'operatività delle strutture operative, l'Organismo di Vigilanza ha integrato e condiviso con la Direzione Generale e la Direzione Servizi della Cooperativa la matrice Processi/Reati, sostanzialmente riconducibile all'individuazione dei processi e delle attività nel cui ambito possono essere commessi i reati rilevanti ai fini della responsabilità amministrativa degli enti. Dagli approfondimenti è emersa la sensibilità di tutti i processi aziendali ad almeno un reato presupposto. Nel corso del secondo semestre dell'anno l'Organismo di Vigilanza ha avviato la fase di rilevazione della situazione esistente (as-is) il cui obiettivo è l'effettuazione dell'analisi, anche attraverso interviste alle risorse responsabili di struttura, delle attività sensibili precedentemente individuate, con particolare enfasi sui controlli. In tale contesto l'Organismo di Vigilanza, di concerto con la Direzione

Generale e la Direzione Servizi, ha avviato le attività di rilevazione ed analisi di dettaglio del modello di controllo esistente a presidio dei rischi riscontrati tramite la comparazione tra il modello organizzativo e di controllo esistente ("as is") e il modello di riferimento descritto nel Documento Descrittivo del Modello. Alla luce delle attività non ancora terminate è stato comunque predisposto un primo report generale degli esiti di gap analisi, compiegato alla presente Relazione. Infine, nel corso dell'anno 2015 l'Organismo di Vigilanza 231 della Cooperativa Nikolajewka ha sottoposto alla valutazione della Direzione Generale l'ipotesi di aggiornamento del Documento Descrittivo del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001, in funzione dell'evoluzione normativa connessa all'introduzione, tra i reati presupposto del Decreto del reato di Autoriciclaggio di cui all'art. 648-ter.1, c.p. che punisce con la

pena della reclusione da due a otto anni e della multa da euro 5.000 a euro 25.000 "chiunque, avendo commesso o concorso a commettere un delitto non colposo, impiega, sostituisce, trasferisce, in attività economiche, finanziarie, imprenditoriali o speculative, il denaro, i beni o le altre utilità provenienti dalla commissione di tale delitto, in modo da ostacolare concretamente l'identificazione della loro provenienza delittuosa".

Attività di Vigilanza: rapporti e flussi informativi con la Direzione Generale

Implementazione del modello 232/2001

La Regione Lombardia ha prescritto l'implementazione del Modello 231/2001 per le strutture socio sanitarie entro il 01/01/2015, quale ulteriore requisito necessario all'accreditamento regionale.

Il Modello 231 è l'insieme delle procedure, delle disposizioni, deleghe e controlli finalizzati a evitare che possano essere commessi reati, nell'interesse della stessa cooperativa, da parte di amministratori, dirigenti, funzionari e dipendenti o comunque persone sottoposte al controllo della dirigenza della Cooperativa.

L'implementazione di un efficace Modello 231 dovrebbe esimere la Cooperativa dal rispondere di quei reati e quindi dal subire le conseguenti e molto gravi sanzioni.

La Direzione Generale informa continuamente l'OdV sugli eventi e le situazioni che caratterizzano la gestione aziendale e che possono inficiare la funzionalità ed efficacia dei presidi previsti dal Modello Organizzativo; ha inoltre fornito periodica informazione in merito alla normativa interna emessa e alle attività formative (vedi programma formativo 2016) finalizzate a diffondere la conoscenza e l'assimilazione di contenuti e finalità del Modello Organizzativo da parte del personale dipendente.

Segnalazioni ricevute dall'OdV

All'OdV non sono pervenute segnalazioni di cui al capitolo 4, paragrafo 4.5, del Documento Descrittivo del Modello 231/01.

Brescia, 12 gennaio 2016

L'Organismo di Vigilanza

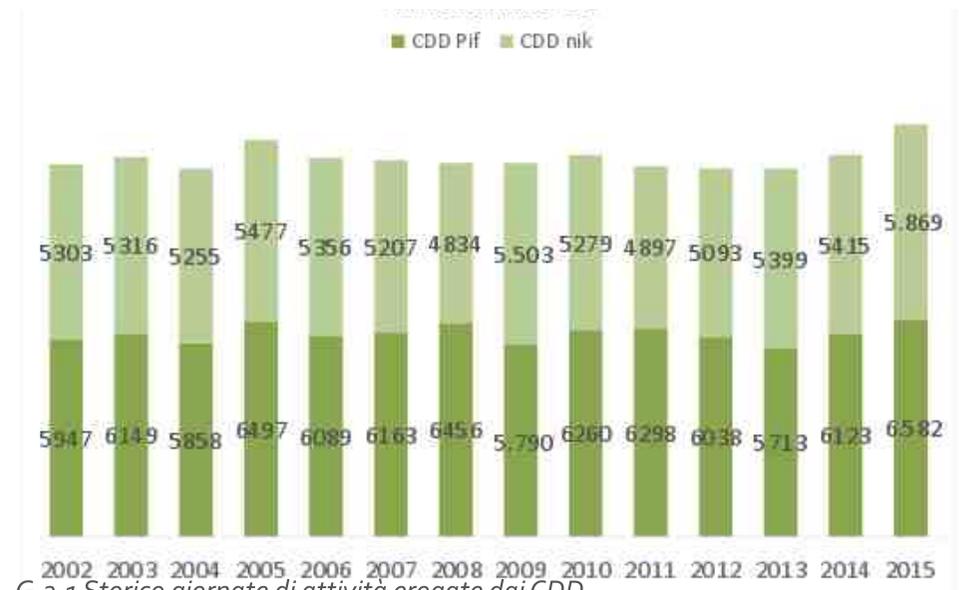
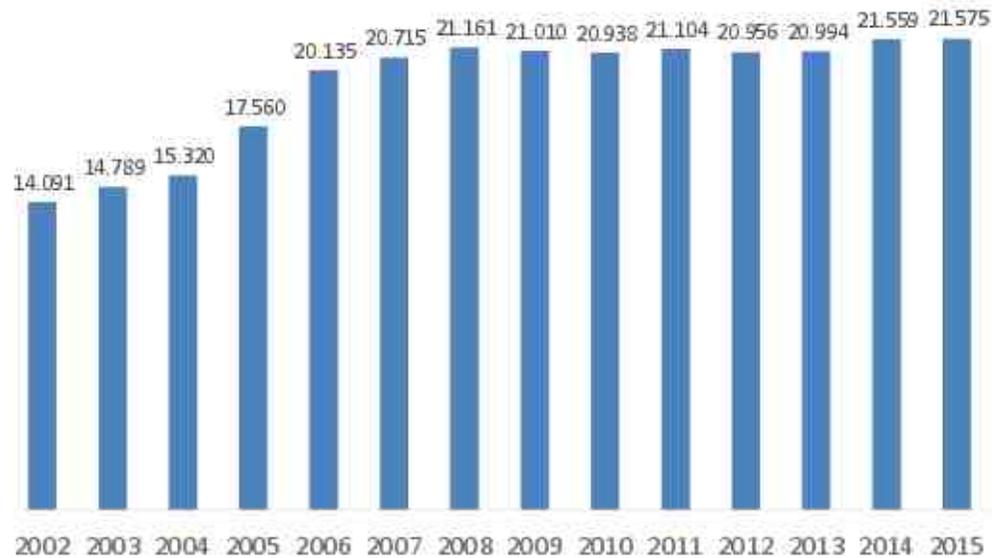
2 Attività

In questo capitolo trattiamo dei dati di attività intesi da un punto di vista amministrativo o gestionale.

2.0 I volumi di attività

Due grafici mostrano lo storico delle giornate di attività erogate nelle Unità d'Offerta socio sanitaria gestite dalla Cooperativa. Il grafico della RSD mostra come, successivamente all'incremento del 2014, derivante dalla creazione di 2 nuovi posti letto, nel 2015 il volume di attività sia in sostanza stabile. Sono prevedibili per il futuro piccole oscillazioni del dato, senza però la possibilità di incremento in quanto non è possibile l'aumento dei posti letto. Anche l'eventualità di variazioni al ribasso è piuttosto remota dal momento che la lista d'attesa conta quasi 40 persone.

G.2.0 Storico giornate di attività erogate dalla RSD



G.2.1 Storico giornate di attività erogate dai CDD

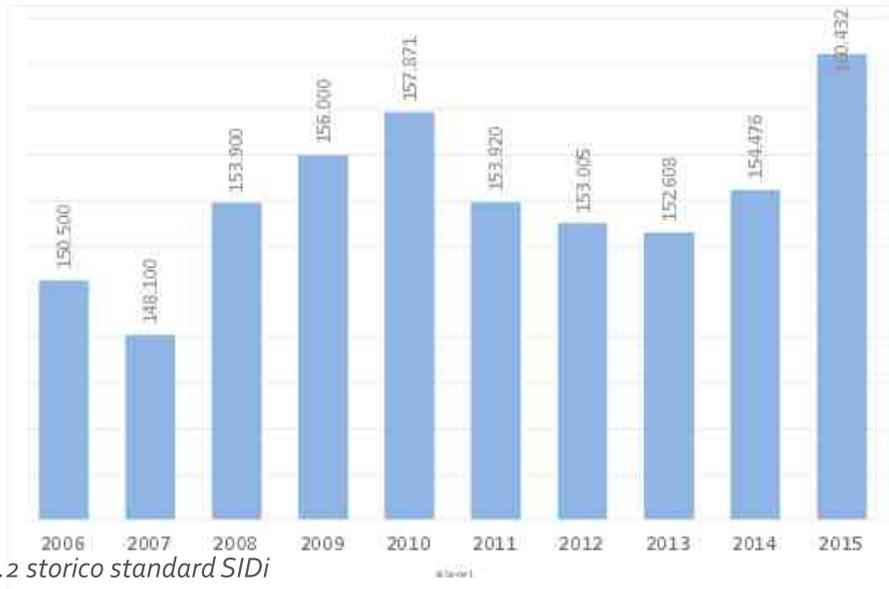
Per i CDD c'è stato un consistente aumento di attività, derivante principalmente dallo sblocco degli inserimenti da parte dei Comuni, e da una serie di nuovi progetti integrati da attività di vita autonoma, di cui riferiremo più avanti.

Attività di centro aperto e altre	Ospiti		Attività		Differenza	
	2014	2015	2014	2015	Ospiti	Attività
Bagni Assistiti	6	7	238	235	1	-3
Accoglienza Diurna	7	9	126	139	2	13
Accoglienza di Pronto Intervento e temporanea	10	13	521	613	3	92
Pernottamento	15	14	660	632	-1	-28
Progetto sperimentale estivo	n.a.	12	n.a.	58	12	58
Progetto Virgilio	0	2	0	52	2	52
Attività a pagamento Inf. Facilitante	64	66	496	447	2	-49
altre attività modulari (beauty, logopedia)	1		25	20	-1	-5
totali	103	123	2066	2196	20	130

L'incremento delle attività remunerate di centro aperto è sostenuto da due voci principali, l'aumento dell'accoglienza di pronto intervento e temporanea, e il nuovo centro sperimentale estivo. La prima attività è determinata da fattori contingenti, mentre la seconda potrà assumere continuità dal momento che il progetto verrà replicato nel 2016.

2.1 Ore di personale di assistenza richieste

Questo indicatore, comunemente chiamato "standard SIDI", è importante per la pianificazione perché determina la quantità minima di personale che la Regione Lombardia impone, di cui si tratterà più avanti. Le ore espresse dal grafico sono determinate da uno strumento regionale denominato SIDIWeb, sulla base del bisogno di assistenza degli ospiti e delle effettive giornate di presenza nei centri. Il volume di personale definito dallo



standard SIDI deve essere assicurato nell'arco dell'anno solare. Un eventuale scostamento in difetto determina sanzioni, penalità e persino la revoca degli accreditamenti. Uno scostamento in eccesso produce diseconomie. Quindi durante l'anno il personale deve essere costantemente monitorato affinché non si verifichino scostamenti significativi.

2.2 Le Risorse Umane

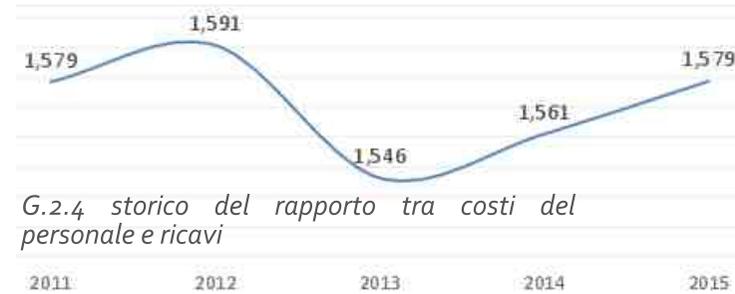
Il precedente grafico G.2.2 esprime la quantità di personale che deve essere assicurato per soddisfare la richiesta di standard regionale, ma per effettuare le diverse attività di assistenza, la Cooperativa deve impiegare personale adeguatamente formato e qualificato.

Dato che le risorse umane devono essere costantemente adeguate al volume delle prestazioni e incidono per il 70% sui costi, risulta evidente che il tema della produttività sia centrale e strategico per migliorare la qualità dei servizi e il contenimento dei costi. In questa sezione tratteremo di dati relativi ai fattori che maggiormente influenzano la produttività.

2.3 Efficienza e produttività



Il complesso grafico "storico risorse umane" mostra l'andamento occupazionale e la variazione statistica di produttività. Le colonne rappresentano la quantità di personale dipendente della cooperativa al 31 dicembre di ogni anno. Mentre la linea Arancio mostra la percentuale di scarto tra quanto previsto come debito orario (vedi par. 2.1) e il totale delle ore di personale complessivo (compreso personale amministrativo e di altri servizi) effettivamente erogate. Nel 2015 si è registrata una diminuzione dello scarto. La diminuzione della percentuale di scarto è data dall'incremento di personale d'assistenza, che è in diretta relazione con il debito orario regionale. Il personale amministrativo invece è determinato interamente dalle necessità e da scelte organizzative.



Nel grafico G.2.4 è espresso il rapporto tra il costo del personale dipendente e il totale dei ricavi. Si tratta di un'indicatore di produttività, tanto maggiore è l'indice tanto maggiore è la produttività. L'andamento del grafico testimonia che l'aumento di costo del lavoro derivante dall'ultimo aumento contrattuale è stato completamente riassorbito. Il miglioramento della produttività, che però non è ancora tornato ai livelli 2012, deriva principalmente dall'aumento delle rette e in misura minore dal minor scarto tra personale erogato e debito orario. Ovviamente è atteso di nuovo un calo della curva a seguito del prossimo rinnovo contrattuale.

2.4 Benessere organizzativo

2.4.0 Assunzioni e dimissioni

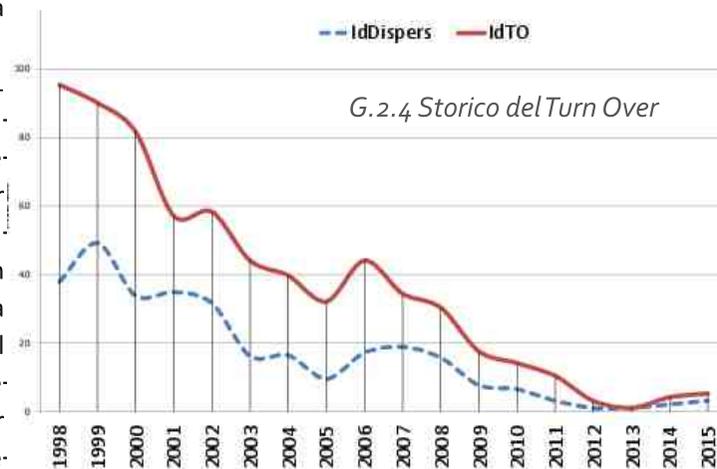
Nel corso del 2015 sono stati assunti 2 operatori a tempo indeterminato, per trasformazione da tempo determinato, e 2 sono state le dimissioni. Il

Descrizione	ASSUNTI	CESSATI
DIPENDENTI A TEMPO INDETERMINATO	2	3
DIPENDENTI PASSATI A TEMPO INDETERMINATO	2	

numero di operatori a tempo determinato è stato pari a 9, mentre gli operatori a tempo indeterminato sono stati 97. Costante il numero del part time che corrisponde a 10 operatori. La prevalenza è di genere femminile con solo 12 maschi su 108.

2.4.1 Personale a tempo determinato

Gli operatori a tempo determinato al 31 dicembre 2015 erano 9, assunti prevalentemente per sostituzione di lavoratori assenti con diritto alla conservazione del posto di lavoro, secondariamente per picco di attività determinata da nuovi ingressi, e servizi sollievo.



2.4.2 Tasso di stabilità

Gli operatori a tempo indeterminato con oltre 36 mesi di anzianità sono 94, con una media complessiva di anzianità di 10 anni. Gli operatori con oltre 10 anni di anzianità sono il 45%.

2.4.3 Indice Storico di turn over (IdTO)

Le due linee indicano i meccanismi di turn over. La linea continua indica il complessivo movimento in assunzione e dimissione del personale, mentre la linea discontinua indica solo il personale che si dimette. Dopo anni di costante diminuzione del turn over, oggi il fenomeno è pressoché assente. Il dato

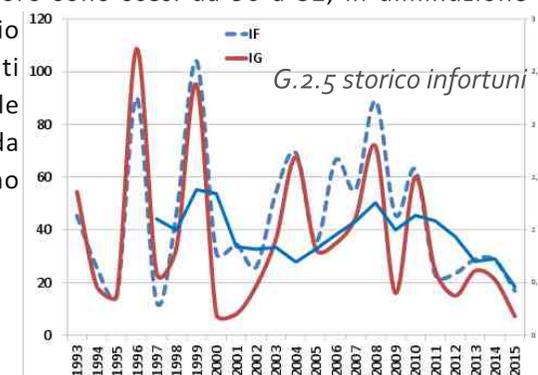
di turn over è considerato dalla Regione Lombardia un indice di qualità.

2.4.4 Invecchiamento del personale

L'età media degli operatori è di 42 anni. Tra gli addetti all'assistenza, l'operatore più anziano addetto all'assistenza ha 58 anni, e gli ultracinquantenni sono passati da 15 del 2014 a 18, dei quali 15 sono donne tutte con mansione ASA. L'età media degli over 50 è di 54 anni. Nel 2015 la dinamica di invecchiamento del personale ha accelerato recuperando lo stop del 2015. Il personale ultraquarantenne è passato dal 46% del 2013 e 51% del 2014, al 56% nel 2015. Considerando l'attuale compagine di personale si prevedono, tra gli addetti d'assistenza, 3 nuovi ultracinquantenni nel 2016. Lo studio del fenomeno dell'invecchiamento del personale nelle strutture socio sanitarie è divenuto fondamentale per definire strategie e obiettivi organizzativi futuri, per il fatto che comporterà l'incremento delle limitazioni relative alla movimentazione manuale delle persone con disabilità. Scartata la possibilità di collocare il personale con limitazione in mansioni prive di rischio si sta sperimentando un nuovo modello per la gestione del rischio, che prevede soluzioni di carattere formativo, ergonomico e organizzativo, che stanno già dando risultati apprezzabili.

2.4.5 Indice infortuni

Come si evince dal grafico la situazione infortunistica è in apparenza molto altalenante e contrassegnata da punte molto positive e altre molto negative. Si tratta semplicemente del fatto che i valori sono molto contenuti e minime differenze appaiono nella descrizione grafica molto evidenti. In realtà l'indice infortunistico sia per gravità sia per frequenza è piuttosto basso. In numero assoluto gli infortuni sono stati, nel 2015, 4 e 1 infortunio in itinere. I giorni di assenza per infortunio sul luogo di lavoro sono scesi da 90 a 32, in diminuzione anche i giorni di assenza per infortunio in itinere. Non si sono riscontrati infortuni da movimentazione, segnale che le azioni di contrasto ai rischi da movimentazione manuale stanno dando buoni risultati.



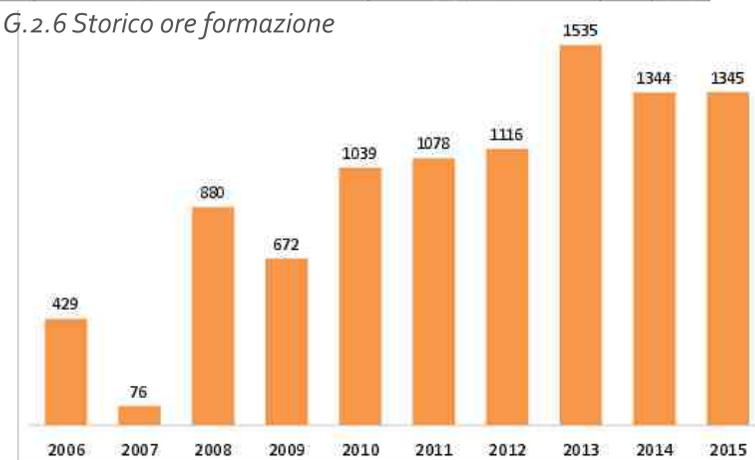
2.3 Attività di formazione

Nel 2015 le ore di formazione sono state 1345, sono stati coinvolti tutti gli operatori.

Titolo del corso/Argomento	descrizione	destinatari	part.	ore
FORMAZIONE ANTINCENDIO RISCHIO ELEVATO con esame presso V.V.F.	Formazione obbligatoria con esame finale presso Vigili del Fuoco	Auxiliari Servizio Residenziale non formati e neo-assunti, 2 educatori Centri Diurni	14	224
AGGIORNAMENTO FORMAZIONE ANTINCENDIO RISCHIO ELEVATO	aggiornamento obbligatorio	Auxiliari Servizio Residenziale, Responsabili, Direttori già formati	30	240
aggiornamento Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)	aggiornamento obbligatorio	Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza	1	8
PIANO DI EMERGENZA	illustrazione del piano di emergenza interno, con particolare riferimento al piano di evacuazione	ausiliari del Servizio Residenziale, Responsabile del Servizio	34	34
SICUREZZA SUL LAVORO FORMAZIONE GENERALE	Formazione obbligatoria su Sicurezza Generale (di base) ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni	Auxiliari ed educatori professionali del Servizio Residenziale non formati e neo-assunti, 2 educatori Centri Diurni	17	68
TECNICHE DI ANIMAZIONE TEATRALE	riduzione della distanza psicologica e relazione tra operatori e ospiti. Il percorso di laboratorio teatrale si concluderà con uno spettacolo teatrale che vedrà protagonisti ospiti ed educatori insieme.	educatori professionali dei Centri Diurni e Residenza Sanitaria	7	273
Nuove metodiche e tecniche riabilitative per strutture socio sanitarie	Riprogettare l'intervento fisioterapia partito e organizzazione del lavoro	fisioterapisti del Servizio Residenziale	2	100
Sperimentazione SCALA DELLE OPPORTUNITA' per educatori dei Centri Diurni	Partecipazione su invito della Fondazione Sospino, alla fase sperimentale della scala delle opportunità: nuovo strumento valutativo applicabile alle persone con gravissime disabilità cognitive.	educatori professionali del Centro Diurno Nikolajewka e Responsabile del Servizio	17	51
Informatica facilitante per RSD	Applicazione delle metodiche de IIF per i familiari ospiti della RSD	educatori professionali del Servizio Residenziale	8	8
Linguaggio nell'interazione con gli ospiti per i ausiliari del Servizio Residenziale	Uso appropriato del linguaggio come prevenzione dell'errore e del conflitto	ausiliari del Servizio Residenziale	21	21

Cura e taglio delle unghie, strumenti sterilizzazione...	una podologa con il Responsabile Medico addestra alcune ausiliarie del Servizio Residenziale da specializzare nel taglio delle unghie dei piedi degli ospiti	ASA del Servizio Residenziale	3	2
MULTIDISCIPLINARIE TA' de l'intervento	incontro con le diverse figure professionali finalizzato alla definizione del Progetto Individuale	medico, fisioterapista, infermiere, educatori professionali, ref. ASA	20	95
Costruzione SCALA DI MISURAZIONE PER LA MOBILITA' e criteri di valutazione	costruzione di uno strumento finalizzato alla valutazione del bisogno riabilitativo	fisioterapisti del Centro Residenziale	2	3
Uso dei qualificatori ICF nella valutazione socio-educativa	identificazione di strumenti validati finalizzati alla verifica del raggiungimento degli obiettivi	educatori professionali del Servizio Residenziale e dei Centri Diurni, Responsabili Servizio	27	41
Progetto Individuale, Piano Assistenziale Individualizzato FASAS;	Adeempimenti del 2569/14 Strumenti di gestione del Fascicolo Socio Assistenziale Sanitario (FASAS) e Progetto Individuale	educatori professionali del Servizio Residenziale	19	29
Progetto Individuale, Piano Assistenziale Individualizzato FASAS;	Adeempimenti del 2569/14 Strumenti di gestione del Fascicolo Socio Assistenziale Sanitario (FASAS) e Progetto Individuale	medici del Servizio Residenziale	4	32
Progettazione e pianificazione dell'intervento	Strumenti di gestione del Fascicolo Socio Assistenziale Sanitario (FASAS) e Progetto Individuale	educatori professionali dei Centri Diurni	34	34
Progettazione e pianificazione dell'intervento	Strumenti di gestione del Fascicolo Socio Assistenziale Sanitario (FASAS) e Progetto Individuale	educatori professionali del MANAGER DELLA CASA del Servizio Residenziale e medico	18	82

G.2.6 Storico ore formazione



3 Aspetti economici e finanziari

Per l'analisi dettagliata di ricavi, proventi, costi e oneri e rischi si rimanda al bilancio d'esercizio ed ai relativi allegati (Relazione e Nota Integrativa); si riportano alcuni dati opportunamente riclassificati al fine di migliorare l'informazione economico-finanziaria.

3.0 Dati economici relativi alle gestioni dei servizi gestiti dalla cooperativa.

Si riportano di seguito i dati economici cumulati relativi ai servizi di tipo residenziale (RSD) e semiresidenziale (CDD), al Centro Aperto (Sollievo e Emergenza, Supporto Residenziale al CDD), al servizio di Informatica Facilitante e alle attività progettuali, con l'indicazione, se significative, delle componenti sanitarie e non sanitarie del costo nonché della quota di costo a carico del Fondo Sanitario Regionale (FSR).

	Servizi residenziali	Servizi semi- residenziali	Centro Aperto/ Sollievo	Informatica Facilitante	Progetti	Totale
DA FONDO SANITARIO REGIONALE	2.295.111	635.364	0	0	3.130	
DA RETTE A CARICO COMUNI	546.795	488.946	0	0	0	
DA RETTE A CARICO UTENTI	692.860	32.617	69.932	9.869	3.942	
RICAVI DIVERSI DA PRECEDENTI	14.776	5.538	1.275	20.541	3.032	
TOTALE RICAVI GESTIONE CARATTERISTICA	3.532.542	1.132.365	71.207	30.410	10.134	4.722.516
COSTI SANITARI (PERSONALE, FARMACI E PRESIDIO)	1.490.937	722.189	27.494			
COSTI SOCIALI (MENSA, GUARDAROBBA, PULIZIE)	398.388	112.011	14.563	28.097	12.571	
COSTI MISCELI (UTENZE, AMMORTAMENTI, MANUTENZIONI, ECC.)	681.947	270.016	26.352			
TOTALE COSTI DELLA GESTIONE CARATTERISTICA	2.571.272	1.104.216	68.409	28.097	12.571	4.744.565
DIFFERENZA RICAVI-COSTI	-57.725	48.148	-3.202	2.313	-2.437	-12.883

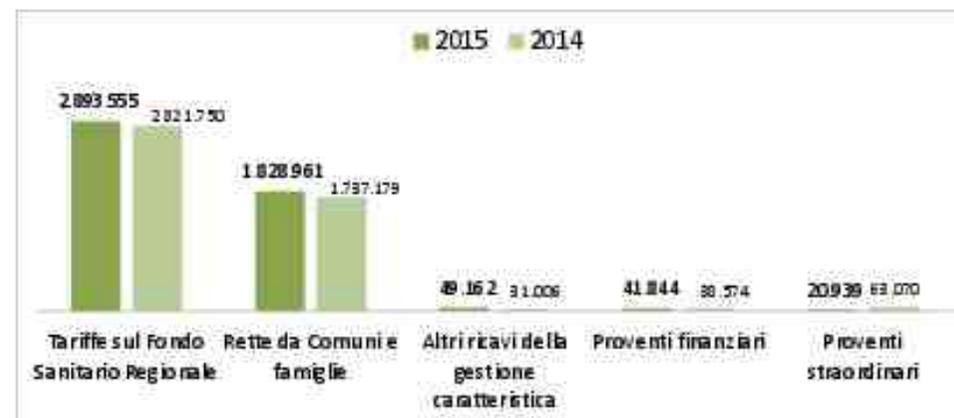
Per la RSD Nikolajewka, la quota di costo del servizio non coperta dalla "retta totale giornaliera" trova copertura in altre fonti di finanziamento della gestione con un'incidenza media per giornata di assistenza quantificabile in circa 2,70 €. Analogamente avviene per il CDD Nikolajewka con un'incidenza di circa 2 € a giornata, mentre per il CDD Pifferetti i ricavi diretti sono stati superiori ai costi di gestione.

3.1 Analisi e composizione del valore della produzione

Il rapporto tra ricavi prodotti da attività di utilità sociale e ricavi complessivi della gestione caratteristica risulta pari al 98,82%, in linea con quello dell'anno precedente (99,32%), decisamente superiore al 70% richiesto per le imprese sociali.

3.1.0 Classificazione ricavi e proventi

	2015	2014	Variazione
Tariffe sul Fondo Sanitario Regionale	2.893.555	2.821.750	71.805
Rette da Comuni	1.035.741	1.002.087	33.704
Rette da famiglie	793.220	795.142	58.078
Totale ricavi per attività principale	4.722.516	4.598.929	123.587
Altri ricavi della gestione caratteristica	49.162	31.006	18.156
Totale ricavi della gestione caratteristica	4.771.678	4.599.935	171.743
Proventi finanziari	41.844	38.574	3.270
Totale proventi ordinari	4.813.522	4.628.509	185.013
Proventi straordinari	20.989	63.070	-42.131
Totale ricavi e proventi	4.834.461	4.691.579	142.882



Analizzando la struttura dei proventi della Cooperativa per servizio si evidenzia il diverso grado di contribuzione delle diverse fonti di ricavo. In particolare, nei servizi accreditati con il Servizio Sanitario Regionale la contribuzione regionale è la principale fonte di finanziamento. L'intervento dei comuni risulta particolarmente significativo nei servizi semiresidenziali (Centri Diurni) mentre nella Residenza Sanitaria per Disabili risulta inferiore alle rette pagate dagli utenti. Negli altri casi, l'intervento pubblico è inesistente o molto basso e il costo è sostenuto dalle famiglie o usufruisce di contributi di enti terzi, come nel caso dell'Informatica Facilitante i cui costi sono sostenuti dalla Fondazione Scuola Nikolajewka.

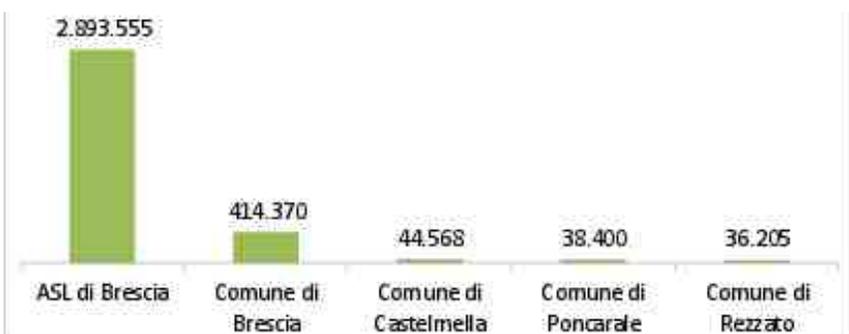
3.1.1 Peso relativo alle diverse fonti di finanziamento

	RSD	CDD	CAD	Inf Fac	Altro	Totale
FONDO SANITARIO REGIONALE	64%	55%	0%	0%	31%	60%
RETTE A CARICO COMUNI	16%	42%	0%	0%	0%	22%
RETTE A CARICO UTENTI	20%	2%	98%	32%	39%	17%
RICAVI DIVERSI DAI PRECEDENTI	1%	0%	2%	68%	30%	1%

L'incidenza percentuale dei proventi da fondo sanitario è la seguente

	RSD	CDD	CAD	Inf Fac	Altro	Totale
Ricavi da FSR/Totale costi gestione caratteristica	63,15%	57,53%	0,00%	0,00%	25,30%	60,48%

Il grafico seguente mostra quali sono i soggetti principali che contribuiscono ai ricavi della cooperativa.



L'ASL di Brescia, soggetto titolare del contratto di accreditamento per l'acquisto di prestazioni sociosanitarie con onere a carico del Fondo Sanitario Regionale, costituisce il principale acquirente della Cooperativa, con un fatturato 2.890.000 € superiore di 60.000 € rispetto all'esercizio precedente.

Seguono il Comune di Brescia, con un fatturato superiore ai 400.000 euro, e a notevole distanza altri comuni con cifre dai 44.568 euro in giù.

3.2 Analisi delle uscite e degli oneri

Indicazione di come le spese hanno supportato gli obiettivi chiave della cooperativa

La quota prevalente dei costi è dovuta al personale di assistenza, sia esso dipendente o non dipendente (il costo del personale non dipendente, medici e infermieri, è incluso nelle spese per servizi). Considerato che la Cooperativa Nikolajewka gestisce servizi socio sanitari per disabili, sono proprio le risorse umane la risorsa principale che consente di perseguire l'obiettivo chiave di migliorare la qualità di vita degli utenti e soddisfare i requisiti di accreditamento regionali.



3.2.0 Costi del personale

Il costo complessivo del personale diretto e in outsourcing (Servizio medico e infermieristico) suddiviso per tipologia di servizio è articolato come indicato nella seguente tabella.

	RSD	CDD	CAD	Inf Fac	Altro	Totale
PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE	386.400					386.400
PRESTAZIONI MEDICHE	128.836	3.612				132.448
ALTRO PERSONALE SANITARIO	1.789.742	688.378	27.494	19.835	7.096	2.532.545
PERSONALE SERVIZI ALBERGIERI	77.272	25.867	1.551	682	157	105.529
PERSONALE SERVIZI GENERALI	237.913	105.806	6586	1.442	1532	353.279
TOTALE	2.620.164	823.663	35.631	21.959	8.785	3.510.202

L'incidenza del costo del personale sul totale dei costi della gestione caratteristica è del 73,37%.

	RSD	CDD	CAD	Inf Fac	Altro	Totale
Costi Personale / Costi gestione caratteristica	73,37%	74,59%	52,09%	78,15%	69,88%	73,37%
Costi Personale Socio Sanitario/Costi gestione caratteristica	64,54%	62,67%	40,19%	70,59%	56,45%	63,78%
Costi Altro Personale/Costi gestione caratteristica	8,83%	11,92%	11,89%	7,56%	13,44%	9,59%

	RSD	CDD	CAD	Inf Fac	Altro	Totale
Costo Personale Socio Sanitario/Totale costi del personale	87,97%	84,01%	77,16%	90,33%	80,77%	86,93%

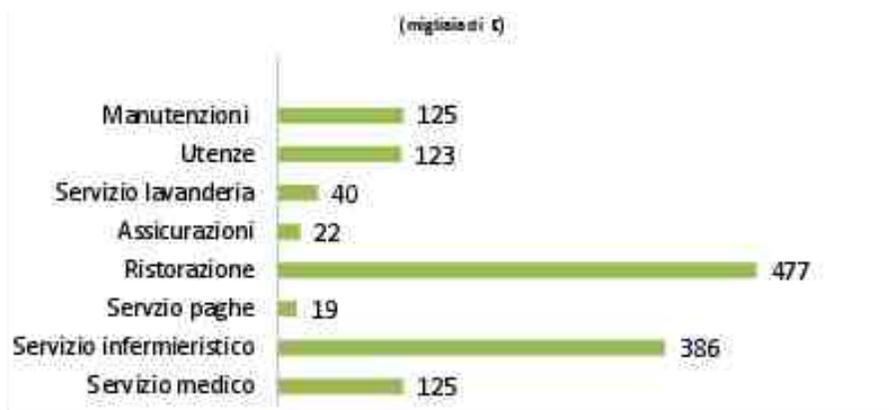
Quella del personale socio-sanitario è del 63,78%.

Il peso relativo del costo del personale sociosanitario rispetto al totale del costo del personale è il seguente.

3.2.1 Servizi acquistati

In un'ottica volta a conseguire una migliore efficienza e qualità, oltre ai servizi che necessariamente devono essere acquistati da terzi, sono stati affidati all'esterno alcuni servizi che richiedono competenze e specializzazioni non in possesso della cooperativa o per i quali la produzione interna di un servizio di qualità adeguata risulterebbe antieconomica, come nel

caso della ristorazione.



3.2.2 Investimenti e spese straordinarie

L'entità degli investimenti negli ultimi tre anni conferma la volontà della cooperativa di mantenere in efficienza la struttura e gli impianti al fine di migliorare gli ambienti di vita degli ospiti e di lavoro del personale, in coerenza con gli obiettivi di rispondere ai nuovi bisogni, di migliorare la qualità dei servizi e di risparmio energetico.

	2015	2014	2013	Totale triennio
Milione al fabbricato	126.827	104.751	60.106	291.684
Pergolatie tende esterne	-	-	-	-
Manutenzioni al fabbricato	11.792	10.181	54.486	76.459
Rinnovo arredi	12.580	4.186	3.875	20.641
Rinnovo impianti	-	-	-	-
Attrezzature (al lordo di contributi in conto impianti)	52.678	14.515	67.364	134.557
Totale investimenti e spese straordinarie	203.877	133.633	185.831	523.341

Analisi dei fondi e costi relativi all'attività di raccolta fondi

La tabella riporta la composizione dei fondi patrimoniali. Si precisa che non esistono altri fondi destinati da terzi con vincolo di destinazione né fondi vincolati a seguito di deliberazioni degli organi interni.

Non esiste un'attività strutturata di raccolta fondi per cui non risultano sostenuti costi specifici; eventuali elargizioni sono riconducibili ad atti di natura spontanea o alla destinazione del 5 per mille.

Composizione dei fondi patrimoniali

	31 dic. 2015	Incrementi	Decrementi	31 dic. 2014
Capitale Sociale	68.250	525	50	67.775
- Azioni nominative	8.250	25	50	8.275
- Fondo Sviluppo Tecnologico	60.000	500	-	59.500
Fondo riserva indivisibile	3.672.700	50	44.814	3.717.464
F.do Apporti in conto capitale	649.524	-	-	649.524
Differenze da arrotondamento	-	-	-	-
Utile/Perdite esercizio	42.850	42.850	- 44.814	- 44.814
Totale	4.433.324	43.425	50	4.389.949

3.3 CALCOLO E DISTRIBUZIONE DEL VALORE AGGIUNTO

Per Valore Aggiunto in questo contesto si intende la differenza fra il valore dei servizi prodotti e il valore dei beni e servizi acquistati da soggetti che non sono considerati portatori di interessi nei confronti della cooperativa. Può essere interpretato come il valore economico che viene creato dall'azienda nello svolgimento della sua attività e che viene distribuito ai soggetti che hanno contribuito a produrlo o che viene mantenuto presso l'azienda stessa.

Calcolo del valore aggiunto

3.3.0 Significato dei vari aggregati economici

	2015	2014	Variazione	Variazione %
VALORE DELLA PRODUZIONE	4.771.678	4.589.935	181.743	3,96%
- COSTI				
Costo per materie prime, sussidiarie, di consumo e merci	202.668	186.997	15.671	8,38%
Variazione delle rimanenze di materie prime, sussidiarie, di consumo e merci	-4.472	7.453	-11.925	-160,00%
Costo per servizi	962.063	915.331	46.732	5,11%
Costo per godimento di beni d'iterzi				
Oneri diversi di gestione	10.066	10.126	-60	-0,59%
VALORE AGGIUNTO CARATTERISTICO LORDO	3.601.353	3.470.028	131.325	3,78%
+/- GESTIONE ACCESSORIA	39.505	38.574	931	2,41%
+/- GESTIONE STRAORDINARIA	19.828	-2.622	22.450	-856,22%
VALORE AGGIUNTO GLOBALE LORDO	3.660.686	3.505.980	154.706	4,41%
- AMMORTAMENTI	124.030	129.402	-5.372	-4,15%
VALORE AGGIUNTO GLOBALE NETTO	3.536.656	3.376.578	160.078	4,74%

Valore aggiunto caratteristico lordo

È dato dalla differenza tra i ricavi della gestione caratteristica della cooperativa e i cosiddetti consumi intermedi, ossia i consumi che non costituiscono remunerazione per i portatori d'interessi della cooperativa. In questo contesto vengono considerati tali i lavoratori, i finanziatori, la pubblica amministrazione e l'intera collettività (per eventuali liberalità o erogazioni assimilabili).

Si evidenzia che nel calcolo di questa grandezza alcuni costi che in bilancio sono collocati nella voce "costi per servizi", quali i compensi a personale medico, infermieristico ed a collaboratori, sono stati invece considerati come relativi a soggetti che beneficiano della distribuzione del valore aggiunto per cui sono stati esclusi dal calcolo.

Valore aggiunto globale lordo

È dato dalla somma algebrica fra il valore aggiunto caratteristico lordo e i risultati della gestione accessoria, che nel nostro caso corrisponde al risultato della gestione finanziaria, e di quella straordinaria.

Valore aggiunto globale netto

Si ottiene sottraendo dal valore aggiunto Globale Lordo gli ammortamenti.

La distribuzione del valore aggiunto

La tabella seguente riporta la distribuzione del valore aggiunto (globale netto) tra i vari portatori di interesse economico verso la Cooperativa Sociale Nikolajewka Onlus.

La distribuzione del valore aggiunto	2015	2014	Differenza
A Remunerazione del personale	3.489.336	3.419.336	70.000
Personale non dipendente	511.121	509.097	2.024
Amministratori	-	-	-
Lavoro interinale	-	5.000	-5.000
Personale dipendente, di cui:	2.978.215	2.905.239	72.976
- Remunerazioni dirette (comprese quote TFR)	2.360.738	2.306.831	53.907
- Remunerazioni indirette (Contributi a carico ente)	610.693	591.814	18.879
- Assicurazione integrativa e f.do pensione	6.784	6.594	190
B Remunerazione della Pubblica Amministrazione	4.470	2.055	2.415
Imposte dirette (allo Stato e agli Enti Locali)	3.600	-	3.600
Imposte indirette (allo Stato e agli Enti Locali) - sovvenzioni (dello Stato, di enti e istituzioni pubbliche)	870	2.055	-1.185
C Remunerazione del Capitale di credito	-	-	-
Oneri finanziari a breve termine	-	-	-
Oneri finanziari a lungo termine	-	-	-
D Collettività	1.286	-	1.286
Sistema cooperativo (fondi mutualistici)	1.286	-	1.286
E Remunerazione dell'Ente	41.564	-44.813	86.377
+/- Variazione delle riserve	41.564	-44.813	86.377
(A+B+C+D+E) Valore Aggiunto Globale Netto	3.536.656	3.376.578	160.078

La distribuzione del valore aggiunto è concentrata quasi esclusivamente sul personale. La bassa remunerazione della pubblica amministrazione è dovuta anche alle agevolazioni fiscali di cui gode l'ente per la natura di cooperativa sociale ONLUS. La remunerazione dei fondi mutualistici è pari al 3% del risultato dell'esercizio prevista per legge a carico delle cooperative. La remunerazione dell'ente è pari all'accantonamento a riserve ed è finalizzata agli investimenti futuri.

Informazioni sui dipendenti

La Cooperativa si avvale di personale dipendente inquadrato con il CCNL delle cooperative sociali e presenta la composizione di seguito riportata.

	Uomini	Donne
Full Time	12	86
Part Time	1	9

Stipendi mensili

	Lordo Min.	Lordo Max
Full Time	1.207	4.830
Part Time	598	1.365

Apporto dei soci

La mutualità della Cooperativa si estrinseca attraverso l'apporto dei soci. I fruitori diretti sono ospiti dei servizi della cooperativa e sono indicati al netto dei famigliari (fruitori indiretti). I volontari attivi sono circa 28, ai quali sono riferite le ore di prestazione. I prestatori sono coloro che hanno un rapporto di lavoro con la Cooperativa.

	Numero	Prestazioni
Prestatori	16	578.114 €
Volontari attivi	28	2.119 Ore
Fruitori diretti	26	6.965 Giornate di assistenza

Rischi

Per l'analisi dettagliata dei rischi cui la cooperativa è potenzialmente esposta e dei fattori generali che possono compromettere il raggiungimento dei fini istituzionali si rimanda alla Relazione al Bilancio d'esercizio 2015 e, in particolare, agli indicatori economico-finanziari ivi contenuti.

Si evidenzia, comunque, che non sussistono imminenti rischi di criticità sotto il profilo economico-finanziario nell'immediato futuro stante che la cooperativa presenta un elevato grado di capitalizzazione e di solvibilità, i servizi gestiti presentano un elevato grado di saturazione e, sebbene in una situazione di generale contrazione delle risorse pubbliche, non si prevedono drastiche riduzioni dei fondi pubblici per le unità d'offerta convenzionate.

4.0 Le unità d'offerta della Cooperativa

Per unità d'offerta si intendono i servizi della Cooperativa, che si distinguono in due principali categorie: i servizi che appartengono alla rete regionale dei servizi socio sanitari, e i servizi sperimentali, che non appartengono alla rete regionale dei servizi.

4.0.1 Unità d'offerta della rete dei servizi socio sanitari della Regione Lombardia

Sono i servizi che rappresentano la principale attività della Cooperativa. Sono distinti in tre centri:

- Centro Diurno per persone con Disabilità Nikolajewka

Ha una capienza di 30 posti e accoglie persone in condizione di particolare fragilità, per le quali è necessaria un'eccezionale integrazione tra le prestazioni assistenziali, quelle educative e quelle sanitarie. Il centro funziona da lunedì a venerdì dalle 9 alle 16.

- Centro Diurno per persone con Disabilità Padre Pifferetti

Ha una capienza di 30 posti e accoglie persone, in situazione di gravissima disabilità motoria, che necessitano di programmi di integrazione, partecipazione sociale e abilitazioni delle autonomie particolarmente complessi. Il centro funziona da lunedì a venerdì dalle 9 alle 16.

- Residenza Sanitaria per persone con Disabilità Nikolajewka

Struttura residenziale con 60 posti letto, fornisce prestazioni ad alta integrazione sociale e sanitaria, a persone con grave e gravissima disabilità motoria. Il centro funziona 24 ore al giorno per 365 giorni all'anno.

4.0.2 Servizi Sperimentali

Si tratta di un ampio ventaglio di prestazioni raccolte in tre centri

- Il centro dell'informatica facilitante

Direttamente supportato dalla Fondazione Scuola Nikolajewka, fornisce attività di abilitazione comunicativa, intellettuale e relazionale a persone con disabilità, anche in età infantile. Possiede un settore di ricerca applicata che concerne sia la parte informatica sia la parte psicopedagogica.

- Il centro residenziale per sollievo e urgenza

Autorizzato nel 2012, è l'ultimo nato dei servizi della cooperativa è composto da 5 camere da letto con bagno per un totale di 9 posti letto, per far fronte a necessità di natura residenziale. E' prioritariamente rivolto agli utenti degli altri servizi della Cooperativa.

- Il centro aperto per persone con disabilità (CAD)

E' un centro che cerca compatibilmente con le risorse presenti nei centri della Cooperativa, di rispondere in modo flessibile a esigenze di natura assistenziale a persone già frequentanti i nostri servizi.

4.1 Il CDD Nikolajewka

È uno dei primi centri diurni della Lombardia, nato nel 1984, all'epoca chiamato centro socio educativo, anticipò la prima legge sui servizi per la disabilità della Regione, la legge 1/86, che chiamò "CSE" tutti i servizi diurni per persone con disabilità. Dal 2005 una riforma normativa modificò l'acronimo da CSE a CDD, cioè centro diurno per persone con disabilità.

Il Centro fornisce assistenza socio sanitaria, con particolare attenzione alla stimolazione motoria, sensoriale e affettiva.

Nel corso dell'anno ci sono state 8 ammissioni e 5 dimissioni, portando gli ospiti da 26 a 29. La ripresa di turn over verso la crescita del numero degli ospiti, dopo anni di diminuzione o stasi, è dovuta in massima parte alla riapertura degli inserimenti congelati nel 2014 dal comune di Brescia, e in parte anche a una rinnovata capacità del centro di vincere le resistenze e i timori dei famigliari, di giovani con disabilità, dovute alla problematicità degli ospiti presenti.

4.1.0 Identikit del bisogno

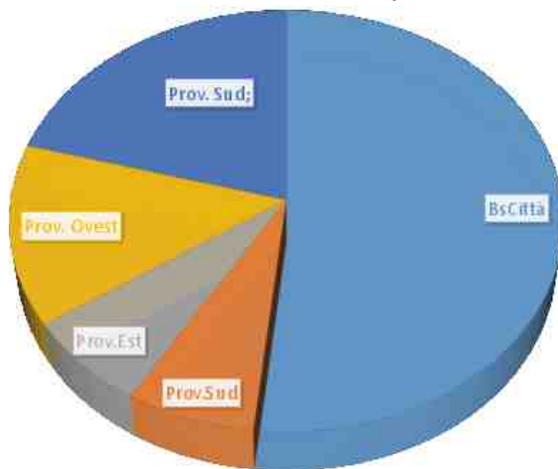
Il bisogno può essere distinto su tre livelli: il bisogno espresso dal territorio, il bisogno della famiglia e il bisogno della persona con disabilità.

Il bisogno del territoriale

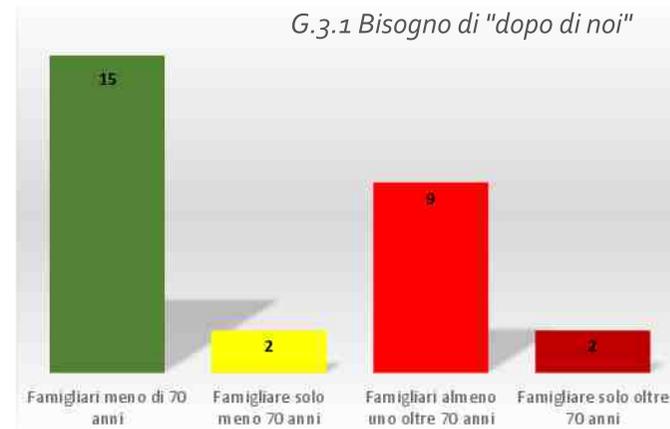
Per quanto riguarda il primo, le zone di provenienza degli ospiti, il grafico mostra che il CDD Nikolajewka non risponde solo al bisogno di prossimità territoriale. Diversamente da molti altri CDD presenti sul territorio, il Nikolajewka è in grado di dare risposte altamente specializzate a bisogni socio sanitari molto complessi, che non troverebbero altrove risposte di pari qualità.

Il bisogno di "dopo di noi"

Per le famiglie la preoccupazione maggiore è quella che riguarda il "dopo di noi" (vedi G.3.1).



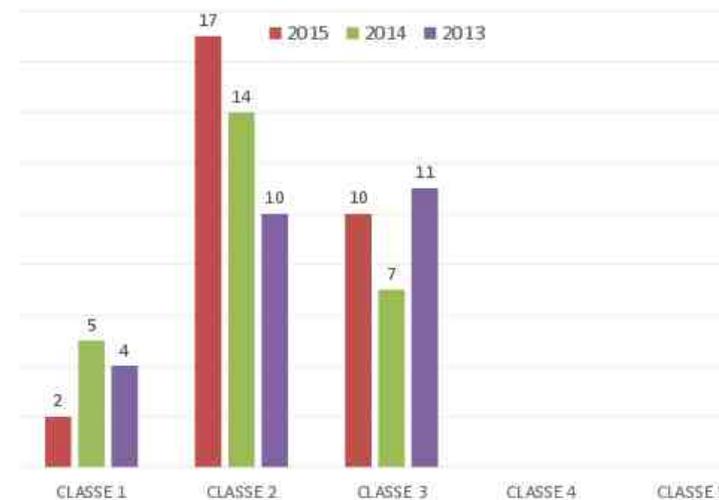
G.3.0 Provenienza ospiti



ogni momento e improvvisamente.

I bisogni socio sanitari

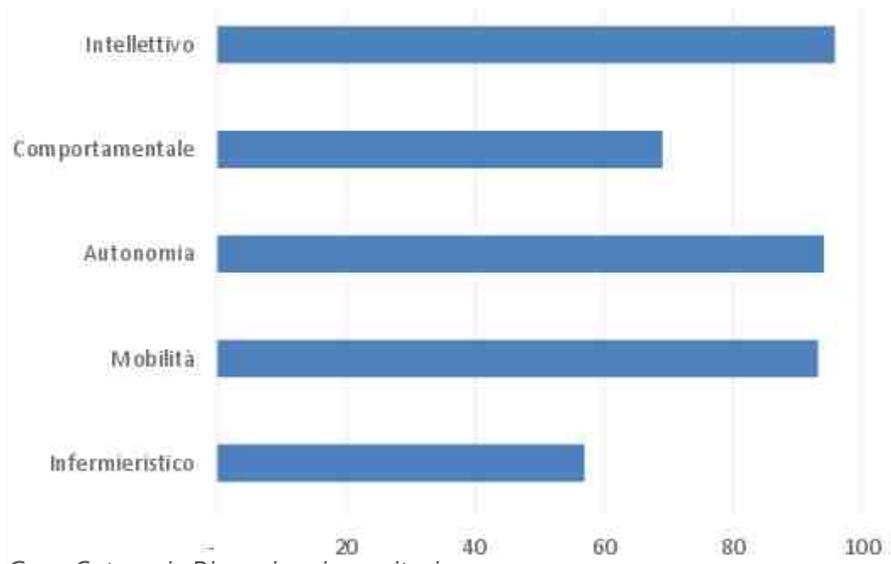
Il Centro conferma la sua vocazione per rispondere a situazioni di gravità alta. Il grafico (G3.2) mostra lo storico della classificazione di "gravità" SIDI. La zona rossa rappresenta quella con più alto grado di necessità di assistenza. La classe di gravità media passa da 2,1 a 2,3, mostrando una leggerissima diminuzione, dovuta a meccanismi automatici che riclassificano gli ospiti in relazione all'età e non al mutare della condizione di bisogno.



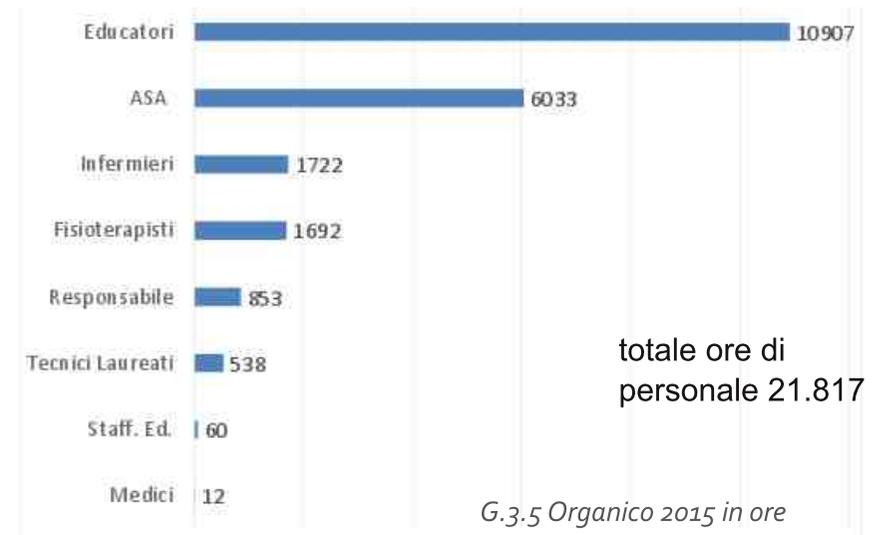
G.3.2 Storico classificazione Sidi

Si ritiene che gli ospiti inseriti nella casistica di "rischio Alto" (area arancione-rossa) necessiteranno entro i prossimi 5 anni del servizio residenziale, mentre quelli inseriti nel rischio altissimo (area rosso scuro), potrebbero avere bisogno di accoglienza residenziale in

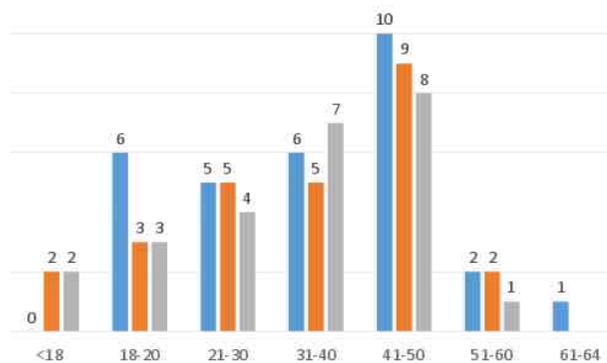
Nel grafico (G3.3) le barre mostrano la percentuale di ospiti, che necessitano di assistenza specializzata per rispondere ai bisogni delle diverse aree relative a funzioni corporee e attività della persona.



G.3.3 Categorie Bisogni socio-sanitari



G.3.5 Organico 2015 in ore



G.3.4 Variazione età ospiti ultimo anno

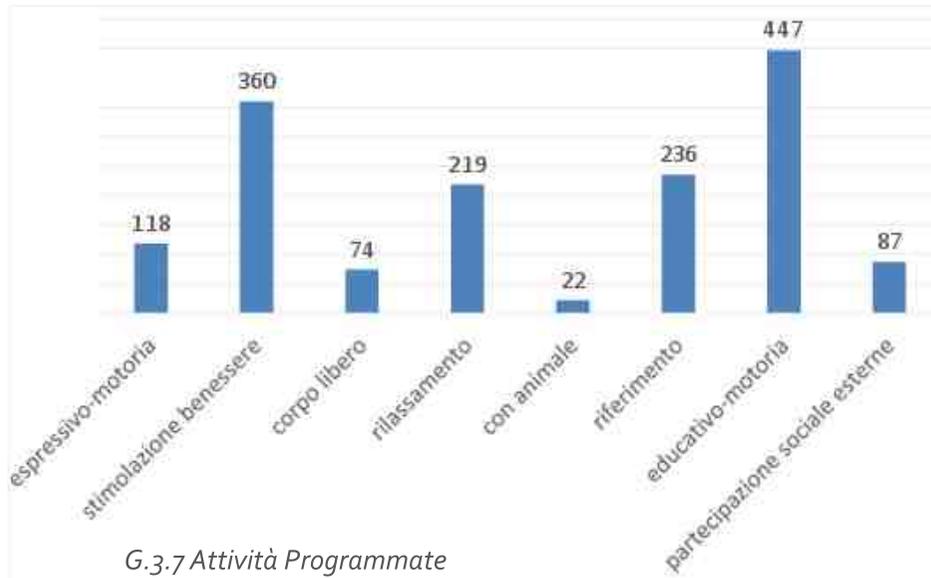
Cosa è la scheda SIDI

SIDI è uno strumento della Regione Lombardia nato per definire le tariffe delle prestazioni, per il controllo degli standard e per il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni. Per ogni ospite viene compilata una scheda informatizzata, sulla quale sono riportate anamnesi e caratteristiche della persona. La scheda inoltre riporta sia dati anagrafici, sia dati correlati alla frequenza del servizio. Terminata la compilazione, viene inviato un flusso di dati all'ASL che provvede all'elaborazione per la definizione della classe, che consente di determinare la quantità di personale settimanale minimo d'assistenza, e la remunerazione regionale giornaliera. Almeno una volta all'anno viene effettuata dall'ASL la classificazione SIDI di tutti gli ospiti.

La scheda SIDI è entrata in funzione dal 2004 inizialmente era dedicata alla sola RSD, poi ha subito alcuni adattamenti per utilizzarla anche nei CDD. Nel 2012 è stata implementata la versione Web che permette alla Regione il diretto accesso ai dati.

4.1.2 Le Attività

Le attività del Centro sono orientate al benessere dell'utente e hanno prevalenza socio-psico-educativo. Il Benessere (da ben – essere = "stare bene") è uno stato che coinvolge tutti gli aspetti dell'essere umano (fisico, mentale e sociale), così come definito anche dall'OMS. Le attività erogate si concretizzano in attività abilitative e riabilitative (socio educati-



ve e fisioterapiche), di partecipazione sociale, attività assistenziali e prestazioni infermieristiche.

L'istogramma (G.3.7) Riporta il numero di sessioni annue di attività suddivise nelle diverse tipologie.

Le Attività infermieristiche sono escluse dal grafico e comprendono la somministrazione farmaci, aspirazioni, cateterismi, prevenzione lesioni da decubito.



G.3.9 dettaglio soddisfazione

4.1.3 Soddisfazione Percepita

La soddisfazione percepita tiene conto di 414 risposte, elaborate da 23 questionari su 24 distribuiti. Il valore del punto assegnato alle risposte è omogeneo. Le risposte hanno tutte lo stesso qualificatore espresso in: "molto", "abbastanza", "poco" e "per nulla"; sempre riferito al livello di soddisfazione percepita. Quindi indipendentemente dalla domanda, ogni risposta è direttamente riferita al grado di soddisfazione della persona intervistata. Per facilitare l'interpretazione dei grafici abbiamo usato i colori del semaforo, dove rosso corrisponde a insoddisfazione e verde a soddisfazione.



In basso, il grafico (G.3.9), mostra il dettaglio delle singole domande.

4.2 Il CDD Padre Pifferetti

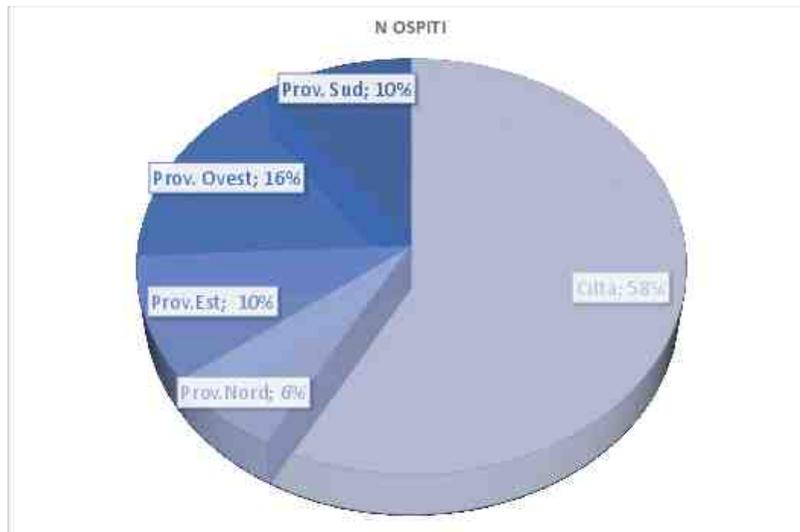
Il CDD Padre Pifferetti, è di costituzione più recente, 1995, rispetto al CDD Nikolajewka, e deriva dalla trasformazione di un servizio sperimentale chiamato laboratorio formativo assistenziale, da cui ha ereditato un modello educativo particolarmente attento alla stimolazione motoria, culturale, sociale e d'autonomia. Al 31 dicembre 2015, sono iscritti 31 ospiti, di cui alcuni part time, pari a 29 ospiti full time; l'utenza è più anziana rispetto a quella del CDD Nikolajewka: un utente ha oltre 65 anni, e oltre il 70% degli ospiti è nell'età compresa tra 41 e 60 anni. Nel corso dell'anno ci sono state 7 nuove ammissioni e 3 dimissioni (2 verso la nostra RSD e una verso il CDD Nikolajewka).

3.2.0 L'identikit del bisogno

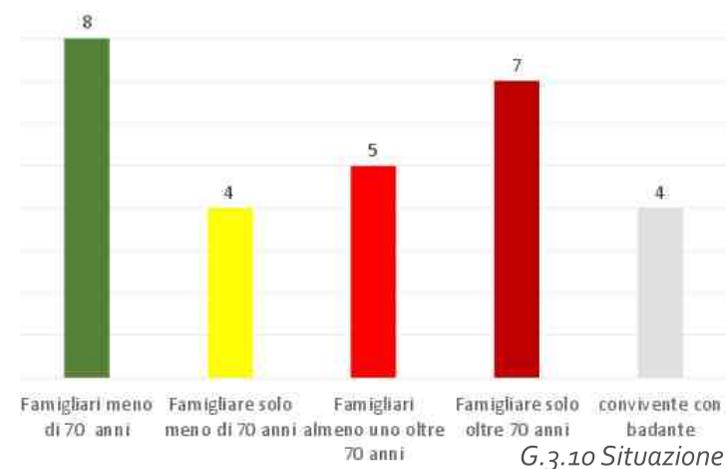
Nel grafico a torta si nota a differenza di CDD Nikolajewka una maggiore presenza di ospiti provenienti dalla città.

Il bisogno di "Il dopo di noi"

Anche nel CDD Padre Pifferetti la maggiore preoccupazione deriva dal "dopo di noi". Il centro infatti accoglie un'utenza più anziana rispetto al CDD Nikolajewka, parallelamente anche la popolazione familiare è più anziana. Sono 7 gli ospiti con un solo familiare di oltre 70 anni, e 4 ospiti invece vivono da soli con supporto di un collaboratore familiare.



G.3.9bis Provenienza ospiti

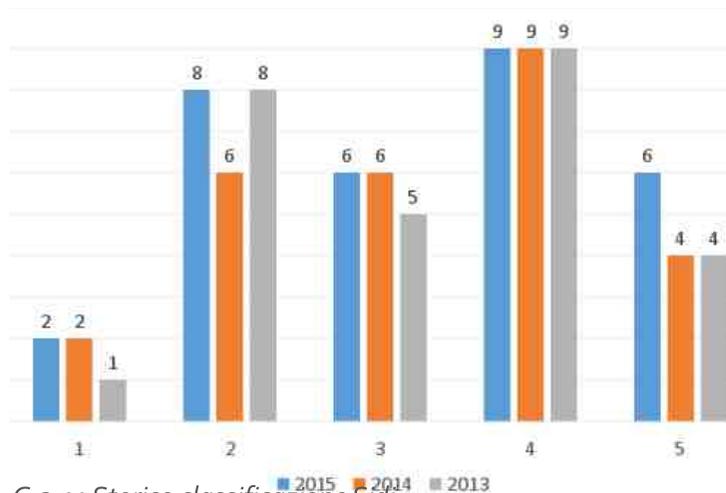


G.3.10 Situazione familiare

Come previsto già nel 2011 le situazioni critiche sono aumentate. Si è passati infatti nell'ultimo triennio da 1 persona senza familiari a casa sola con collaboratore e (rischio altissimo), a 4, e i casi di rischio alto in costante aumento (da 10 del 2013 a 12 del 2015). Due ospiti, che non compaiono in tabella, sono già inseriti in una struttura residenziale comunitaria, pertanto il bisogno appare soddisfatto.

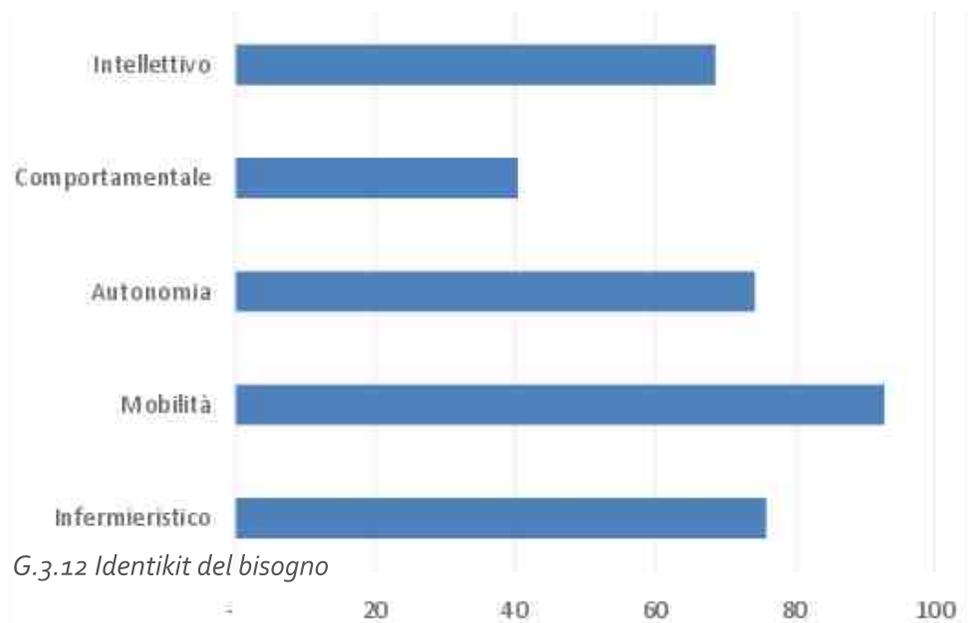
Aumento del bisogno infermieristico

L'incremento di attività infermieristica (Grafico 3.12) rilevato in SIDI è ascrivibile principalmente ai nuovi ingressi, che richiedono alcune manovre che possono essere effettuate solo dall'infermiere, e di alcuni aggravamenti. La capacità di rispondere

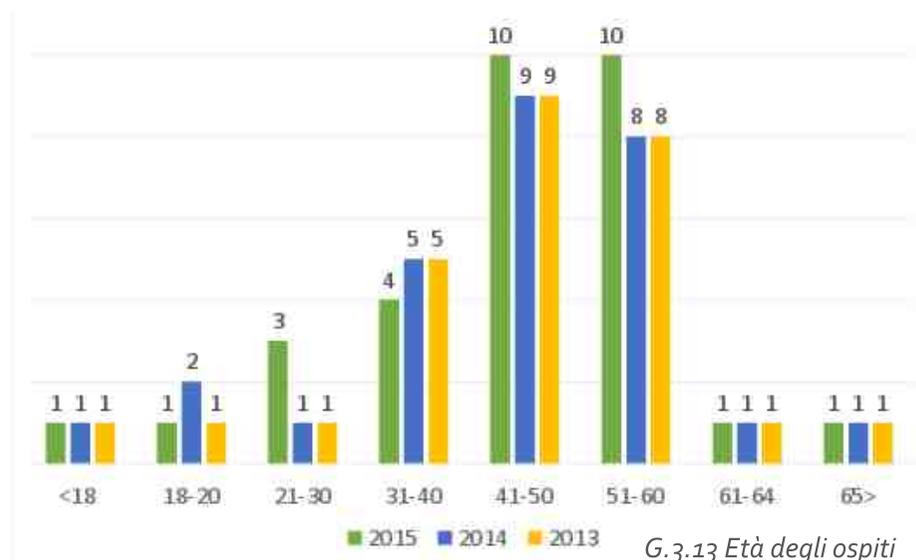


G.3.11 Storico classificazione Sidi

efficacemente a questo tipo di bisogni spiega, almeno parzialmente, l'incremento di ospiti: entrambi i nostri CDD sono in grado di fornire prestazione ad alto grado di integrazione socio sanitaria.



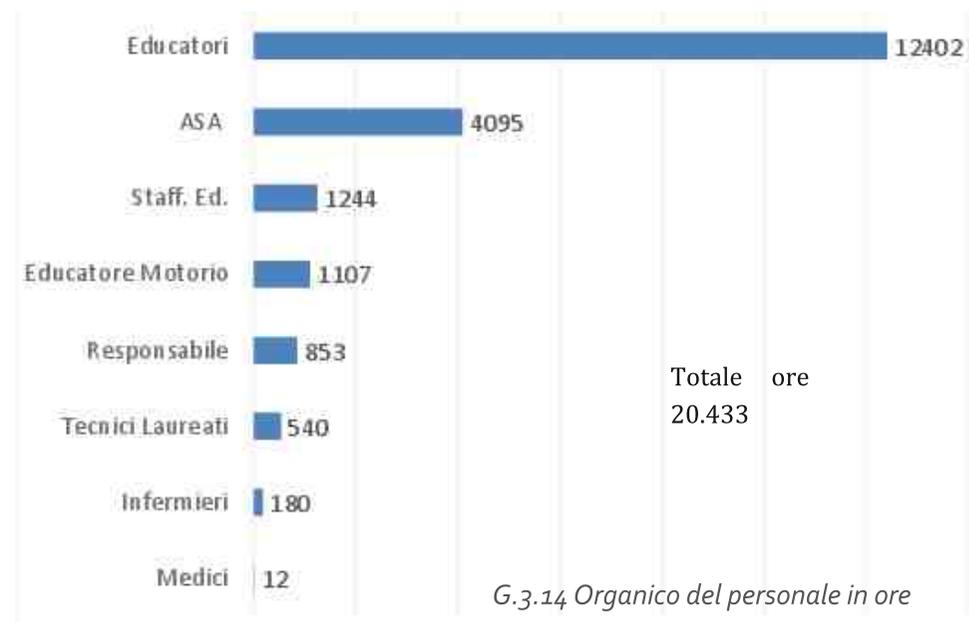
G.3.12 Identikit del bisogno



G.3.13 Età degli ospiti

4.2.1 Personale del Centro

Nel Pifferetti il personale educativo ammonta al 60% del personale globale, minore invece la presenza sia di ASA sia di Infermieri. Rispetto al CDD Nikolajewka al posto del Fisioterapista è presente un educatore motorio, per rispondere a un bisogno di mobilità più attivo. Dall'analisi comparata tra bisogno e personale, però emerge la necessità di una redistribuzione del personale infermieristico, in quanto appare in sovrannumero presso il CDD Nikolajewka, dove il bisogno è inferiore rispetto al Pifferetti. Quindi nel 2016 si armonizzerà l'organico al dato di effettivo bisogno.

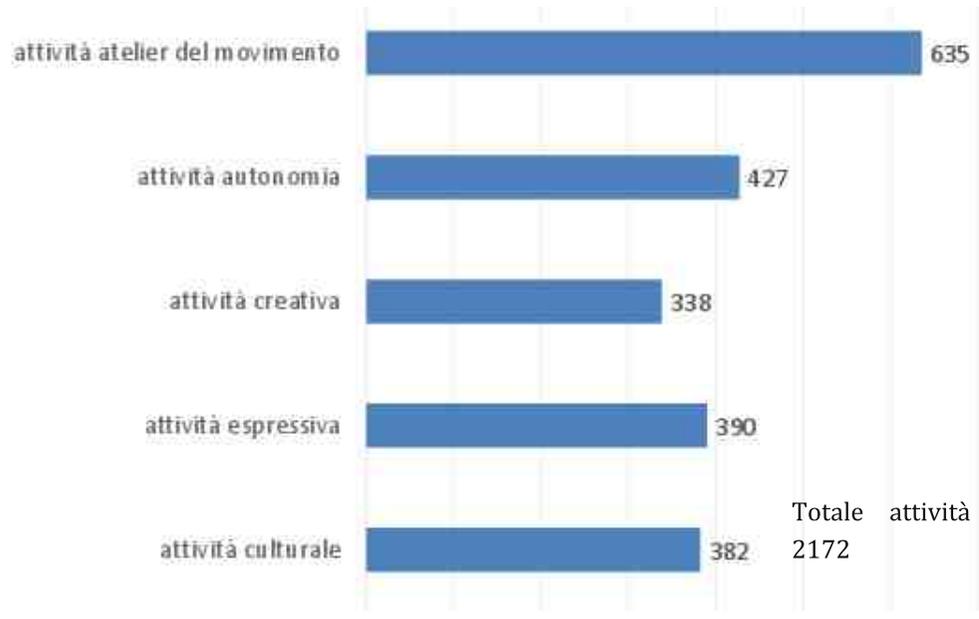


G.3.14 Organico del personale in ore

4.2.1 Attività

Le attività del Centro sono finalizzate al benessere psico-fisico dell'utente, che secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, coinvolge tutti gli aspetti della persona, e non può ridursi alla semplice assenza di malattia. **Benessere ha a che fare con la soddisfazione dei bisogni primari, con l'assenza di dolore e con il trattamento terapeutico per la rimozione delle condizioni patologiche, ma anche con la soddisfazione di desideri, e al godersi momenti piacevoli, curare gli interessi e coltivare la vita sociale.**

Gli interventi sono raccolti in Aree connotate dalla loro finalità: ogni area pianifica un numero tra 5 e 9 attività diversificate, e sono state complessivamente erogate sessioni, che hanno coinvolto tutti gli ospiti. Le attività possono essere individuali o di gruppo.

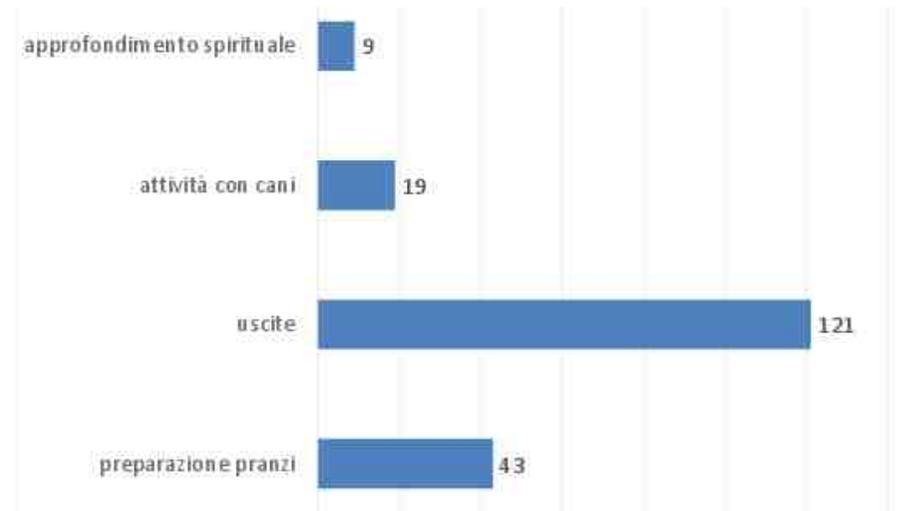


La presenza costante di un educatore motorio garantisce lo svolgimento di attività quali la piscina, la psicomotricità, gli interventi di motricità individualizzati e la deambulazione assistita. L'attività motoria è quella che eroga più prestazioni anche se circa il 50% sono relative a prestazioni individuali. Il dato testimonia, che per le persone con disabilità, l'attività motoria è particolarmente indicata, gradita e benefica. Parallelamente all'analisi del bisogno vengono erogate numerose attività di abilitazione e addestramento all'autonomia. Tra queste un ottimo riscontro hanno le attività legate all'addestramento in cucina, che permettono tra gli

altri di conseguire buoni risultati sia nel campo dell'autonomia domestica, ma anche dell'abilitazione intellettuale e occupazionale.

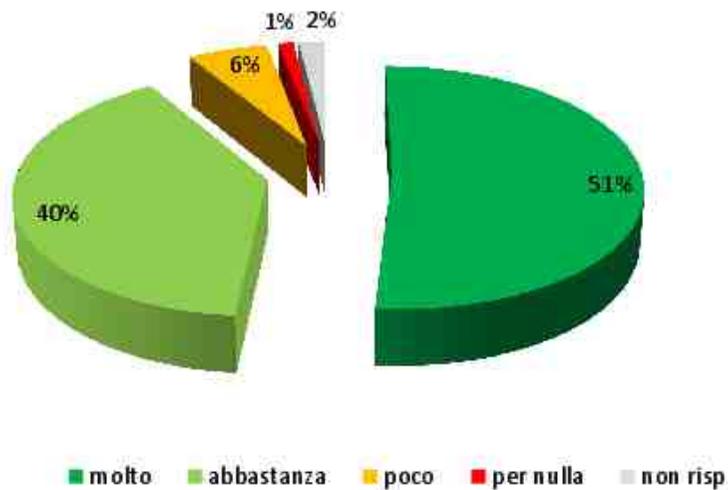
Altre attività

Il CDD eroga anche altre importanti attività che riportiamo nel grafico sottostante, di particolare importanza sono i pranzi, che vengono realizzate dagli ospiti del centro, in occasione dei quali vengono invitati ospiti esterni, in particolare i rappresentanti dei gruppi alpini. Per la preparazione di un pranzo vengono coinvolti circa 8 utenti, e in medio si è svolto un pranzo alla settimana. Le 121 uscite sul territorio hanno scopi culturali e integrazione sociale, hanno una media di 4 utenti.

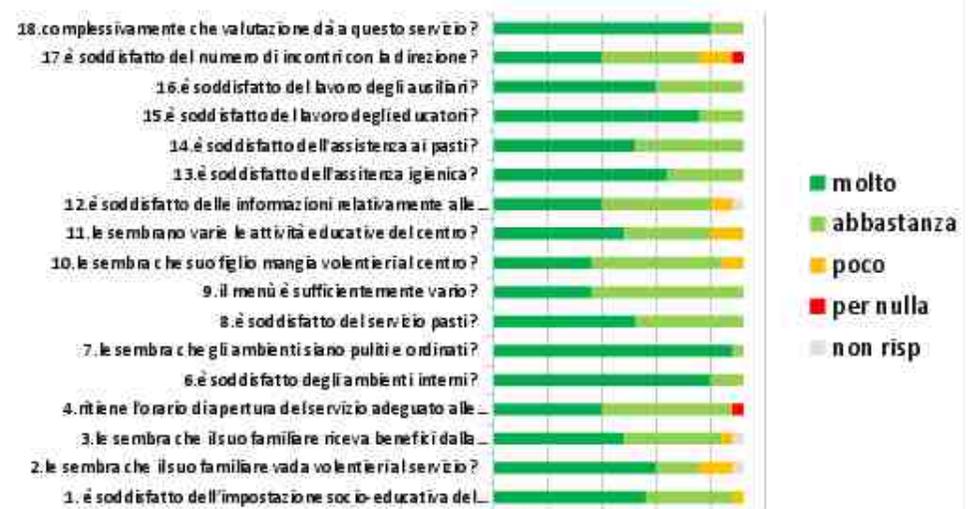


4.2.5 Soddisfazione percepita

La soddisfazione percepita tiene conto di 360 di 20 questionari. Nei questionari rivolti alle famiglie è stato coinvolto il 75% degli utenti comunque nella compilazione del questionario.



G.3.16 Soddisfazione complessiva



G.3.17 dettaglio Soddisfazione ospiti

Metologia dell'indagine

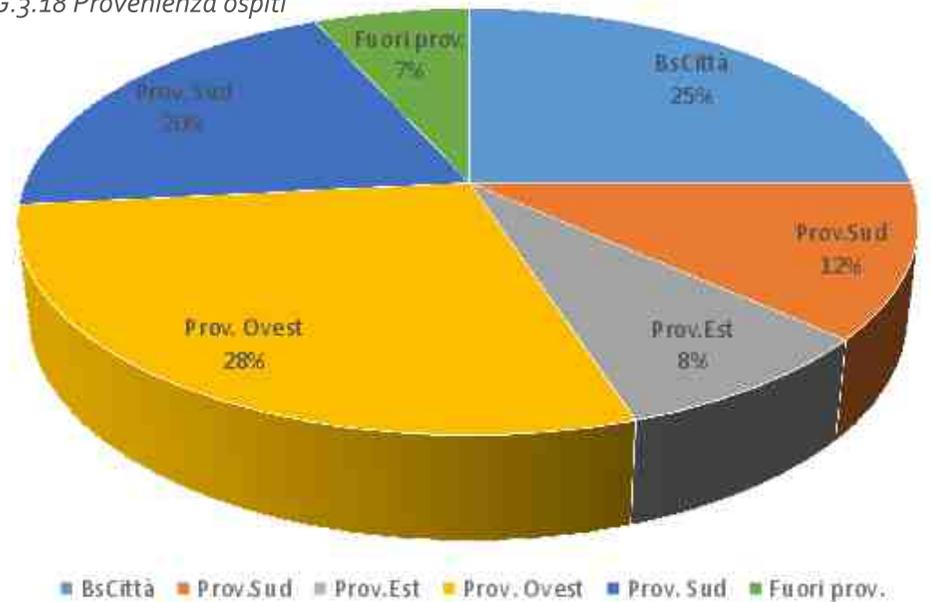
La nostra indagine sulla soddisfazione del cliente è invariata da molti anni e possiede caratteristiche tali da consentire un corretto confronto tra questionari somministrati a utenti e famiglie di centri diversi. L'elemento fondamentale consiste nel fatto che la domanda porta con sé sempre il prefisso "sei soddisfatto di ..." indipendentemente dall'argomento indagato. Quindi i due grafici misurano effettivamente quante volte è stato risposto "Molto - abbastanza - poco - per nulla" soddisfatto. Un'altra cosa importante, per evitare influenze determinate dalla conoscenza tra persone, consiste nell'anonimato dei dati. Infatti chi elabora e analizza i dati è differente da chi somministra e raccoglie i questionari in modo da non venire influenzati da fattori personali.

4.3 La Residenza Sanitaria per Persone con Disabilità

La RSD, è un'unità d'offerta, accreditata, della rete dei servizi socio sanitari della Regione Lombardia. Accoglie persone con disabilità, per le quali è necessaria un'alta integrazione di prestazioni sanitarie. Il servizio nel 2015 ha accolto fino a 60 persone inserite in modo permanente all'interno di due unità abitative separate: l'unità Giuseppe Frau e l'unità Giuliano d'Ercole. La prima, il cui accreditamento risale agli anni '90, possiede 34 posti ed è destinata ad accogliere persone con limitazioni motorie associate a limitazioni intellettive. Le attività sono fortemente connotate alla cura e all'assistenza integrando le competenze sanitarie con quelle relazionali e pedagogiche. Particolare attenzione è rivolta a progettare attività che valorizzino le residue competenze relazionali e limitino al massimo l'esclusione sociale. La seconda unità- denominata Giuliano D'Ercole, più recente, è stata appositamente pensata per accogliere 26 persone con grave disabilità motoria, ma con buone capacità intellettive e relazionali. Oltre alle cure sanitarie e assistenziali che sono garantite sulla base delle necessità individuali, vengono fornite proposte individuali o collettive di partecipazione alla vita sociale. Particolare attenzione è data anche alle delicate relazioni che si stabiliscono all'interno della comunità composta da ospiti e operatori.

L'intero progetto della Residenza Sanitaria per persone con disabilità Nikolajewka è orientato alla lotta all'esclusione sociale e alla partecipazione alle attività che il territorio offre.

G.3.18 Provenienza ospiti



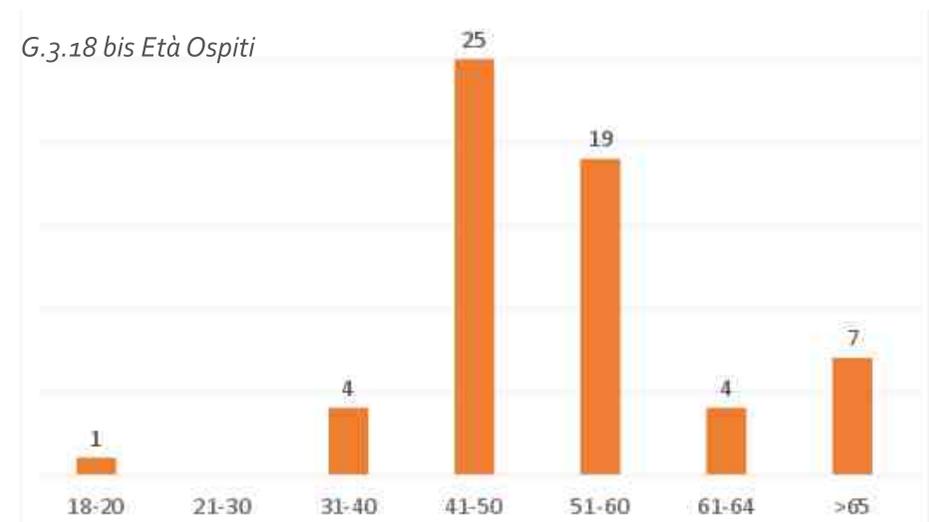
4.3.0 I dati degli Ospiti

Il dato territoriale evidenzia che il 68% degli ospiti della RSD proviene dalla provincia di Brescia, mentre il 25% dalla città, segno che la struttura pur rispondendo al bisogno del territorio circostante viene utilizzata soprattutto per rispondere a bisogni specifici. Una prova di questo consiste nella presenza del 7% di provenienti da altre province. Infatti, la specificità e la quasi unicità nel panorama regionale della nostra struttura consiste nel offrire prestazioni a persone con disabilità motoria, ma differenziando gli interventi sia in base alle competenze intellettive, relazionali e di autonomia, e al contempo di essere in grado di rispondere a bisogni sanitari molto elevati.

Nel 2015 sono entrati 6 nuovi ospiti e altrettante sono state le dimissioni: 4 ospiti sono deceduti, mentre 1 è rientrato al domicilio, ma rimane legato alla cooperativa usufruendo di alcune prestazioni dei servizi diurni, l'altra dimissione riguarda un ospite che ha aderito ad un nostro progetto di abilitazione alla vita autonoma supportato dal nostro centro aperto e dal CDD Padre Pifferetti.

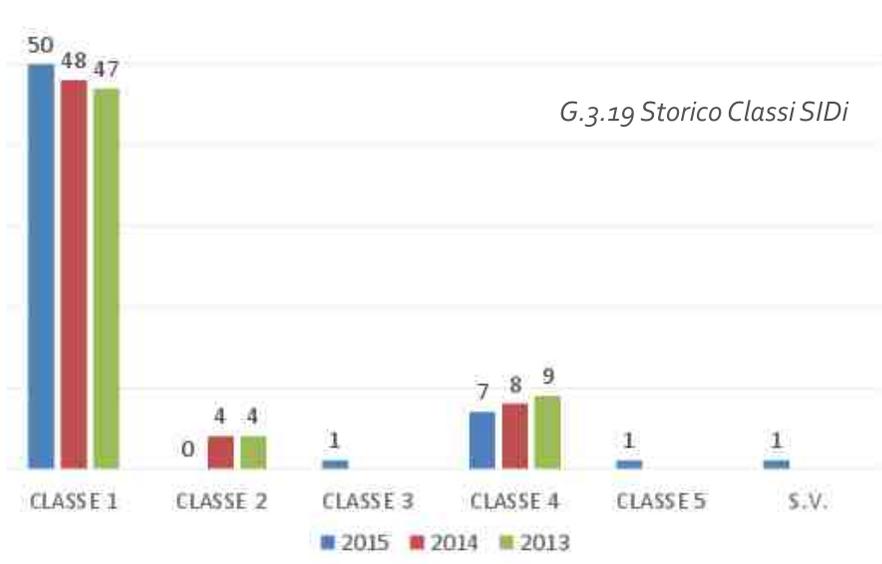
Il dato anagrafico evidenzia invece una popolazione che tende alla mezza età, prevalentemente di sesso maschile. Gli ospiti ultra 65 anni diminuiscono di un'unità. Dopo il brusco incremento del 2015 dove si è passati da 5 a 9, negli anni successivi si è registrato una costante diminuzione. L'invecchiamento degli ospiti è un dato che teniamo sotto controllo sia per la misurazione della qualità della cura, sia per la definizione degli standard di personale, che è proprio condizionato da quel dato.

G.3.18 bis Età Ospiti

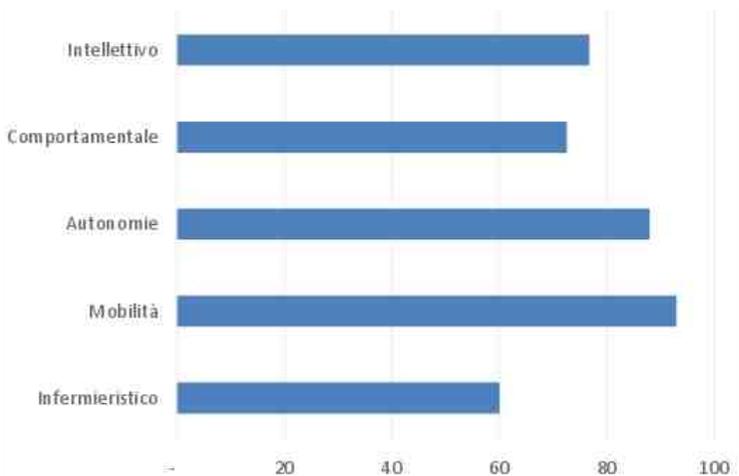


4.3.1 Identikit dell'ospite

Gli indicatori di grafici 3.19, che derivano dall'aggregazione dei dati SIDi, oltre a confermare la situazione di gravità espressa dalle classi, fanno emergere anche la



complessità del carico assistenziale. Le difficoltà dell'intervento sanitario sono complicate dall'interferenza di altri fattori quali la grave disabilità delle funzioni mentali che interferisce con la possibilità per l'ospite di collaborare con l'équipe. La situazione diviene certamente più complicata dalla presenza di comportamenti oppositivi, che richiedono interventi che integrano competenze sanitarie, psicologiche e pedagogiche. In realtà una sempre maggiore



G.3.19bis Identikit del Bisogno

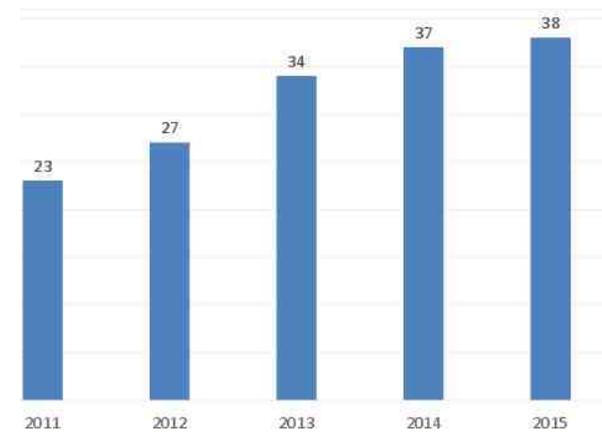
attenzione alle problematiche sanitarie, sociali e comportamentali degli ospiti e il costante sforzo multidisciplinare ha consentito di sviluppare strumenti più precisi e metodiche di intervento più efficaci che in passato.

4.3.2 Il bisogno di residenzialità

Nel secondo trimestre del 2015 a seguito di tre dimissioni nel solo mese di aprile si sono creati alcuni posti liberi, che hanno determinato un abbassamento della saturazione che fino al primo semestre ha avuto una media del 97% con picchi minimi al 95% (Graf. 3.20). Il concentrarsi dei posti liberi in un periodo piuttosto breve ha messo in mostra una criticità nelle procedure di inserimento di nuovi ospiti dalla lista d'attesa: si contattava l'ospite a cui



spettava il posto e si attendeva una sua risposta. Per i dimessi di aprile si è atteso 69 giorni medi per riempire tutti posti vuoti. E' stata quindi modificata la procedura che ha immediatamente corretto la criticità, riducendo i tempi massimi in cui un posto risulta libero, e ha portato i giorni di attesa medi per le due successive dimissioni a 16. Quest'ultimo dato, particolarmente ottimistico, è da prendere con una certa prudenza, in quanto è misurato solo su due ospiti, per uno dei quali è stata prevista una dimissione programmata. Si ritiene comunque che il tempo di assegnazione di un posto debba essere il più breve possibile anche



G.3.21 Storico Lista d'attesa

in considerazione della lista d'attesa che nonostante i sei nuovi ingressi è cresciuta di un iscritto (G. 3.21).

4.3.3 Le attività integrate della RSD

La RSD è una grande casa dove vivono persone con disabilità che hanno necessità di ricevere adeguate cure sanitarie o per rispondere alla carenza di risorse della rete familiare. Negli ultimi anni si sta aggiungendo alle precedenti una diversa richiesta, non tanto dettata dal bisogno, ma dal desiderio delle persone con disabilità di avere un luogo proprio dove vivere in autonomia. Quindi la scelta di entrare a far parte della RSD diviene una personale scelta di vita, a volte persino difficile e simile a quella di chiunque decida di lasciare la famiglia per andare a vivere da solo. Per consentire alle persone un'elevata qualità della vita la RSD eroga interventi specializzati in forma integrata.

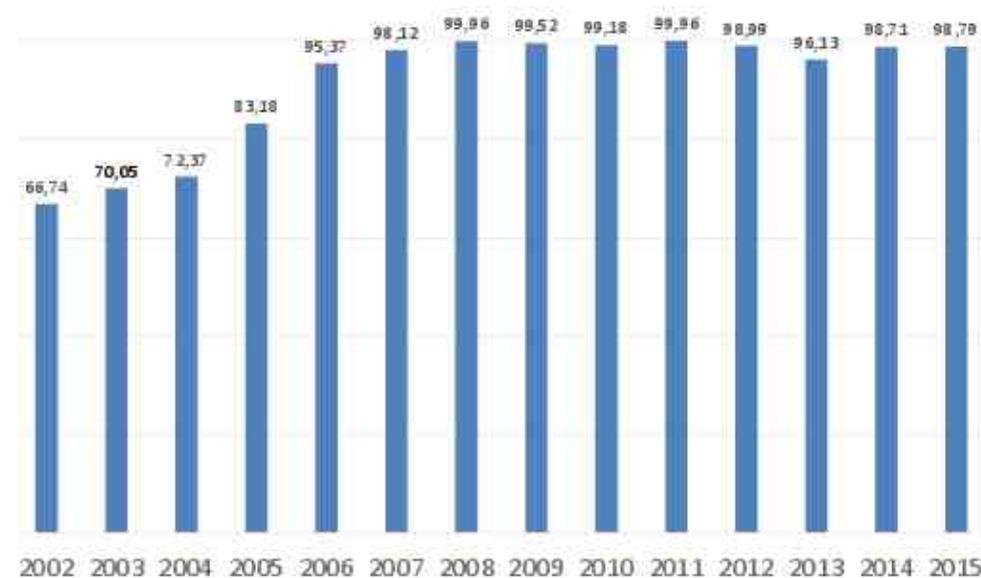
Medicina generale e farmacia: la RSD fornisce il medico di medicina generale, la farmacia, la presenza di infermieri 24 ore al giorno. Inoltre sono previste le figure del fisiatra e dello psichiatra per esigenze specifiche.

Intervento socio-educativo/abilitativo: ha tre scopi, il primo è fornire in modo specializzato un sostegno intellettuale – relazionale che in termini tecnici chiamiamo "io ausiliario o sostitutivo", il secondo consiste nell'effettuare attività individuali o di gruppo, condotte dalla figura specializzata dell'educatore professionale, finalizzate a stimolare le attività di relazione e la vivacità intellettuale, tenendo conto dei bisogni e facilitando l'espressione dei desideri. Infine è una scienza che consente di agire sull'educazione dei comportamenti in modo da renderli adeguati sia al contesto sociale, sia al benessere della stessa persona.

Intervento motorio: le persone con disabilità hanno bisogno, come tutti, di fare del movimento. L'attività motoria e l'igiene posturale è assicurata dai Fisioterapisti, che in caso di necessità e sotto la supervisione di un fisiatra attuano anche interventi fisiokinesiterapeutici.

Intervento assistenziale: comporta per la quasi totalità dei nostri ospiti, la sostituzione da parte dell'operatore per quanto concerne quello che noi chiamiamo le "autonomie di base", che consistono nelle abilità necessarie alla soddisfazione di bisogni primari. Abbiamo preso come indicatore di efficienza da molti anni, il numero di bagni per ospite, che ormai si mantiene costante su circa 11 bagni medi mensili per ospite, circa 3 bagni alla settimana medi, anche l'effettivo numero di bagni varia di ospite in ospite sulla base delle caratteristiche e dei bisogni. L'indice della variabilità del numero dei bagni per singolo ospite (deviazione standard) è simile a quello dello scorso anno.

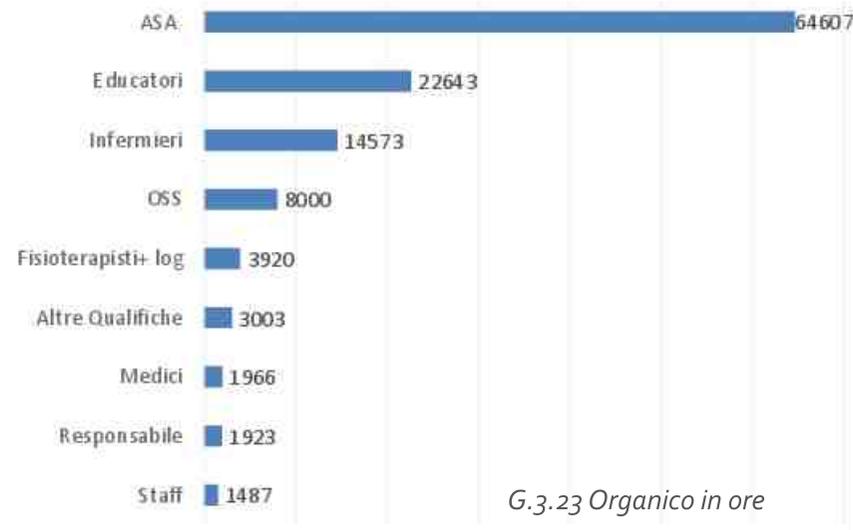
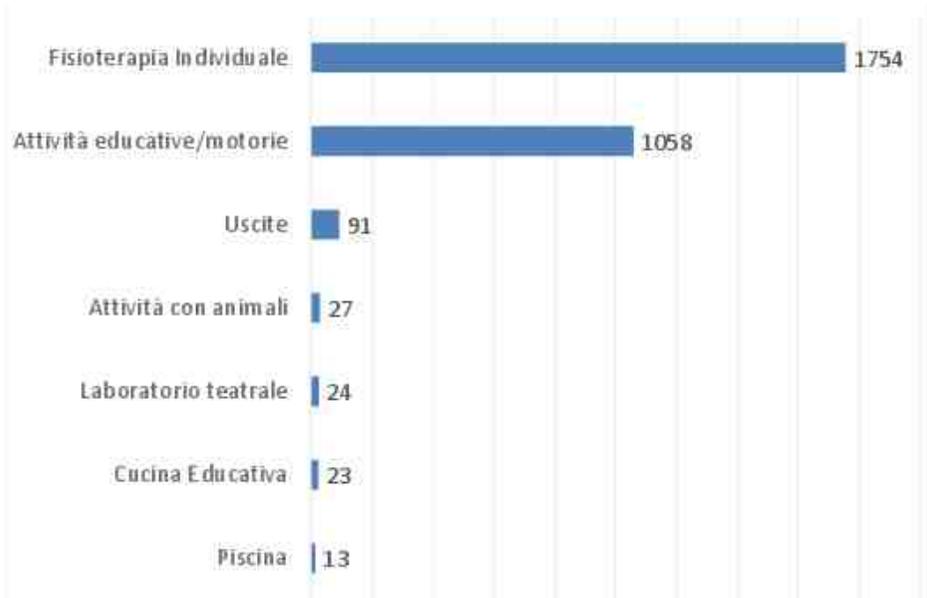
G.3.22 Storico % saturazione



Il fatto che la saturazione rimane alta e la lista d'attesa non diminuisce è indice che il bisogno di residenzialità nella provincia di Brescia rimane piuttosto alto.

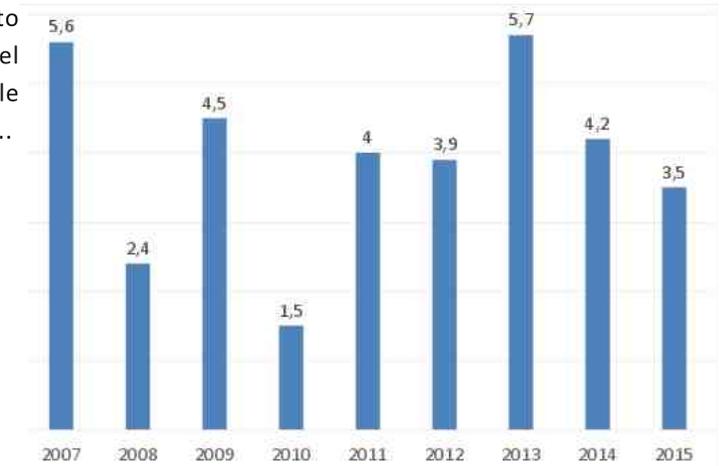
4.3.4 Il personale

Nel grafico "composizione dell'équipe" il personale è espresso in ore. Lo "staff" educativo fa sempre parte della compagine degli educatori e ha una funzione di compensazione nei casi di necessità. Il grafico storico dello "scostamento rispetto agli standard" è espresso in ore e rappresenta la differenza tra quanto richiesto dalla Regione Lombardia e quanto annualmente erogato.



Si conferma la tradizionale composizione dell'organico, che vede la prevalenza delle figure di Ausiliario.

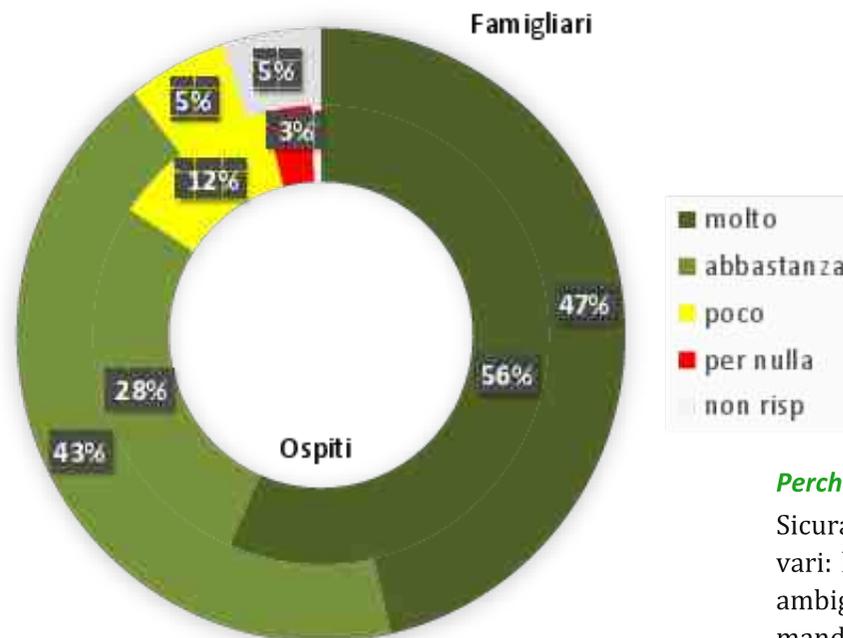
Nel grafico in basso l'indice relativo alla corrispondenza tra personale richiesto per soddisfare lo standard gestionale annuo e quello erogato, denota un ottimo risultato collocandosi a metà del intervallo ottimale definito tra il 2% e il 6%.



G.3.23bis Storico scostamento

4.3.6 La Soddisfazione percepita

Sono stati raccolti 13 questionari, di cui 8 riferibili direttamente agli ospiti, 5 sono compilati solo dai famigliari, per un totale di 247 risposte. La soddisfazione complessiva risulta piuttosto elevata, purtroppo il dato è poco attendibile e difficilmente confrontabile a causa del numero molto basso dei questionari restituiti. Dall'analisi dettagliata emerge che la sola domanda alla quale due persone rispondono "non soddisfatto" sono le uscite dal centro. Anche se si tratta di un segnale debole, considerata la scarsità dei dati, conferma le attività di partecipazione sociale e all'integrazione debbano essere costantemente rinforzate.

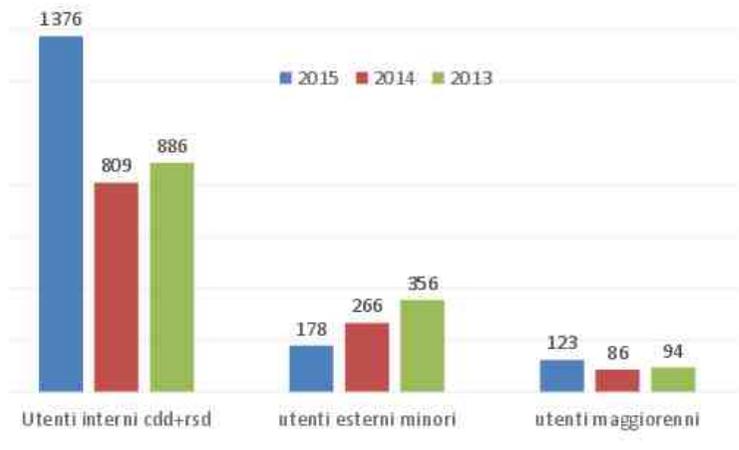


Perché non cambiate il questionario?

Sicuramente dopo tanti anni si potrebbe sollevare la questione. I motivi sono vari: le domande coprono le aree fondamentali di funzionamento, non sono ambigue e non si prestano a interpretazioni. Inoltre la costanza delle domande ci consente di confrontare i dati anno per anno. Infine non sono mai emerse particolari criticità da spingerci a somministrare un questionario su un'area specifica. La criticità maggiore consiste nella scarsa restituzione dei questionari, segnale che interpretiamo come: "va tutto bene non ho nulla da dire". Stiamo studiando infatti un metodo alternativo per misurare la soddisfazione, dal momento che il diffusissimo metodo dei questionari ha forse fatto il suo tempo.

4.4 Il Centro dell'Informatica Facilitante

Nel 2015 si è estesa l'attività di Informatica Facilitante anche agli ospiti della RSD, questo ha provocato un notevole incremento di attività da 809 del 2014 a 1376. Il calo dei minori va letto non come una minore richiesta di servizio, quanto una migliore qualità dell'offerta. Infatti alla diminuzione degli utenti minori da 17 a 11, corrisponde un incremento di attività di monitoraggio da 4 a 10. Anche le consulenze sono aumentate da 80 del 2014 a 116 nel 2015 e le valutazioni sono passate da 3, tutte rivolte a utenti CDD, a 42 in gran parte rivolte a ospiti RSD.



Prosegue l'attività di consulenza al reparto di riabilitazione Neurologica e ambulatorio di terapia occupazionale della Domus Salutis.

Nel settore ricerca tecnologica si sono utilizzati:

- Adattamenti di script per l'emulazione del mouse, tastiere e sensori
- Adattamenti per Comunicazione aumentativa alternativa integrati a "SymWriter", "e Clicker 5"
- Adattamenti per emulare doppio click e funzione drag and drop con la pressione di due pulsanti collegati al mouse a joystick
- Studio e sviluppo di adattamenti per Comunicazione aumentativa alternativa integrata a i nuovi software per i tablet e smarthphone con sistemi operativi Android e Apple
- Ricerca nuove interfacce Hardware

4.4.0 Sviluppi

Perfettamente raggiunto l'obiettivo 2015 di coinvolgere in attività gli ospiti della RSD, grazie alla formazione di un nuovo operatore, nel 2016 si perseguiranno tre obiettivi principali. Il primo un aggiornamento dell'ambiente di sviluppo FSM2, il secondo un maggiore utilizzo di dispositivi mobili, e infine si formalizzerà una nuova convenzione per la consulenza presso un'unità d'offerta riabilitativa a

4.5 CENTRO APERTO

Alcuni bisogni sono talmente unici o personali da non poter essere soddisfatti dalle unità d'offerta della rete dei servizi sociali e socio sanitari codificate e standardizzate. Il centro aperto della nostra Cooperativa nasce proprio per far fronte a questa tipologia di richieste e necessità, utilizzando in modo flessibile le possibilità dei nostri centri. Il centro aperto ha registrato un incremento complessivo di 227 attività.

4.5.0 Servizi residenziali di Sollievo e Emergenza

Sono le tre attività Pernottamenti, accoglienza residenziale temporanea e pronto intervento che sono rivolte a persone non inserite in RSD. Trattandosi di un'attività legata ad esigenze e bisogni improvvisi la variazione delle prestazioni deriva da fattori contingenti. Nel 2015 nonostante le prestazioni di pernottamento e Accoglienza di Pronto intervento siano calate, il notevole incremento di 116 giornate dell'accoglienza temporanea portano ad un saldo positivo di 64 giornate, con un totale di 1245 giorni erogati, pari a 3,5 posti/anno occupati.



4.5.1 Evoluzione del Servizio Supporto Residenziale al CDD

Le attività di supporto residenziale si stanno evolvendo. Se fino ad oggi la residenzialità era a supporto del CDD, nel 2015 si è sperimentato il contrario, con il CDD che ha fatto da supporto ai progetti di residenzialità alternativa. Inoltre sono già stato predisposti due progetti di "pa-

lestra di vita autonoma" per utenti che nel 2015 hanno usufruito dell'accoglienza temporanea. Tali progetto prevedono che l'utente torni a vivere presso il proprio domicilio dopo averlo adeguato, oppure dopo un periodo in appartamento palestra.

Prestazione	Differenza anno 2014
Per notte nei letto	-21
Accoglienza Pronto Intervento	-20
Bagni Assistiti	-3
Accoglienza Diurna	13
altre attività modulari (beuty, logopedia)	10
Attività di formazione insegnanti	23
Progetto virgilio	52
Accoglienza temporanea	116
totali	127

4.6 Evoluzione e innovazione delle attività

L'integrazione tra servizi sanitari e assistenziali, in qualche modo rappresentata dai servizi socio-sanitari, non ha ancora raggiunto una concezione coerente e stabile. La diplopia delle leggi dello stato e della regione Lombardia da un lato, l'evoluzione normativa troppo rapida, e un substrato teorico ancora molto acerbo, non consentono di effettuare interventi efficaci attraverso la normale erogazione delle unità d'offerta standardizzate. L'interpretazione regionale dei servizi da una spinge verso la privatizzazione/liberalizzazione, con lo scopo efficientare il sistema e renderlo più liquido, dall'altra, all'opposto, eccede con la regolamentazione, per contrastare i possibili comportamenti opportunistici o, al peggio, illeciti. La Cooperativa a seguito della saturazione dei posti letto, della buona reputazione, del know how maturato e della disponibilità di posti di letto non convenzionati, ha dato vita a una serie di interventi innovativi di abilitazione-all'autonomia e partecipazione sociale.

Abilitazione all'autonomia

Cos'è l'abilitazione all'autonomia? Si tratta di un intervento che può essere effettuato per persone con buone potenzialità di funzionamento sul piano delle autonomie personali, sociali e di vita di comunità, ma con tali disabilità motorie da rendere impossibile la vita autonoma senza una particolare progettualità multidisciplinare che prevede il potenziamento abilitativo, l'adattamento ambientale e soprattutto una notevole integrazione di competenze tra i differenti specialisti coinvolti.

I progetti che proseguiranno nel 2016 sono:

a) permanenza presso il proprio domicilio di persona con grave disabilità motoria (progetto avviato sin dal 2014): nonostante la richiesta dei servizi territoriali di inserimento su un posto di RSD, si è valutato più opportuno mantenere la persona, rimasta senza famigliari, al suo domicilio. La cooperativa ha attuato un piano educativo intensivo di vita autonoma, ha messo in moto la comunità e il volontariato, ha formato il collaboratore domestico. La persona è ospite del solo centro diurno. E' stato valutato un ospite della RSD in grado di poter coabitare con la persona del progetto. L'ospite è stato dimesso dalla RSD e inserito in apposito progetto personale, che prevede la frequenza del centro diurno, e godrà dei servizi di cui al precedente punto. Nel 2016 si proseguirà con il monitoraggio della coabitazione.

Ricaduta sociale: il progetto di coabitazione ha permesso di utilizzare due posti RSD e i relativi costi a carico della comunità per persone in condizione di maggiore gravità. Inoltre i due ospiti hanno avuto un effettivo risparmio economico che permette loro di non spendere interamente la pensione nel pagamento della retta

del CDD, della collaboratrice domestica e nelle spese di sostentamento.

b) Progetto abilitativo speciale: una persona in particolari condizioni di gravità, a seguito di lunga esposizione al calore, al termine del ciclo di riabilitazione presso la Domus Salutis di Brescia, è stata inserita nel servizio "residenziale di supporto al CDD", in attesa di accedere alla RSD. Durante il primo inserimento è stata effettuata un'osservazione mirata per comprendere quali fossero i livelli di funzionamento dell'ospite, e quindi è stato attivato un progetto di abilitazione e riabilitazione, ottenendo risultati notevoli in circa un anno. Nel marzo 2016 verrà pilotata la dimissione verso un appartamento palestra (messo a disposizione dal Comune di Brescia), per proseguire il progetto abilitativo di vita autonoma supportata. **Al fine di monitorare il progetto verrà mantenuta la frequenza al CDD.**

c) Progetto abilitativo A.G.: a seguito di incidente stradale una persona (già disabile e socio della Cooperativa), in carico ai servizi sociali e da molti anni inserita in percorsi occupazionali, è stata dimessa da D.S. con una prognosi di limitata ripresa dell'autonomia e un indicazione di residenzialità protetta in RSD. Essendo stata la dimissione repentina, e mancando il posto in RSD, è stato attivato il nostro servizio di pronto intervento e accolto nel "servizio residenziale temporaneo". Nel frattempo è stato attivato un progetto modulare comprendente: abilitazione motoria, fisioterapia, abilitazione dell'autonomia personale, abilitazione relazionale, formazione del collaboratore familiare (relativamente alla stimolazione alla partecipazione alle attività territorio) e consulenza adeguamento del domicilio; che ha consentito dopo circa 120 giorni il ritorno al proprio domicilio. Attualmente la Cooperativa continua a monitorare il progetto.

Sviluppo futuro progettualità innovativa: gestione del "dopo di noi" presso il proprio domicilio alcuni ospiti del CDD con famiglia in situazione di precarietà e fragilità. E' stato già predisposto un progetto di mantenimento presso il proprio domicilio, poco distante dalla sede della Cooperativa, e continuazione della frequenza al CDD. Nel frattempo la cooperativa garantirà una serie di supporti ed interventi per tamponare le contingenze. Il progetto prevede la formazione della collaboratrice domestica, avvio di un percorso di abilitazione all'autonomia (per ora non pienamente attivabile), supportato da servizio di ricovero temporaneo anche in emergenza.

5 Sviluppi e previsioni

Grazie alla costante vicinanza degli alpini, dei cittadini bresciani, e all'appoggio della Fondazione Scuola Nikolajewka, che stimola la Cooperativa alla progettazione di nuove risposte al bisogno e al rinnovamento, mettendo a disposizione risorse proprie, sono stati raggiunti gli obiettivi relativi al:

- il miglioramento della qualità della vita delle persone che frequentano i servizi
- la risposta ai bisogni delle persone con disabilità
- la conservazione e miglioramento strutturali del "monumento vivente" voluto dagli alpini bresciani

5.1 Risultati 2015

5.1.0 Appropriatelyzza delle prestazioni

A) Nel corso del 2015 tramite due funzionari della Cooperativa, attraverso le associazioni di categoria, sono stati nominati da due associazioni di categoria referenti per il tavolo tecnico presso Regione Lombardia. Durante l'anno tutte le verifiche di appropriatezza, che hanno riguardato tutti i Centri, sono state superate senza rilievi. Inoltre in linea con l'obiettivo 2015, la struttura si è interamente adeguata alle nuove richieste della normativa, sia di natura documentale sia come prassi operativa.

B) Il 01 dicembre 2015 è stato raggiunto l'obiettivo di avviare una convivenza di vita autonoma (di cui abbiamo riferito nel capitolo 4.6). Il progetto è stato sostenuto anche grazie alla partecipazione del volontariato alpino e del contributo della Congrega della Carità Apostolica.

5.1.1 Formazione e organizzazione

A) Riprogettare l'attività ri-abilitativa e motoria di tutti i servizi della struttura: è stato realizzato un progetto di riorganizzazione del settore riabilitativo, il cui scopo è stato una visione della riabilitazione più vocata all'attività occupazionale, da svolgersi negli ambienti di vita ed integrata alle attività educative, sportive, di animazione e tempo libero. Si è costituita un'équipe progettuale sostenuta da due consulenti esterni esperti nel campo riabilitativo-occupazionale (cfr. cap. 2.3).

B) Riprogettare il settore della medicina generale interna: la cooperativa ha inserito due giovani medici di medicina generale all'interno dello staff sanitario; a uno dei quali è stato dato il mandato di seguire, oltre alla normale attività sanitaria, anche gli aspetti concernenti le innovazioni normative riguardanti il fascicolo sanitario. L'altro giovane medico, già medico di medicina generale, ha accolto la proposta di seguire come MMG, gli utenti con disabilità che frequentano i servizi diurni facilitando l'accesso alle prestazioni sanitarie.

C) completare la formazione del personale con riferimento a quanto previsto dal D.Lgs

231/01: l'obiettivo è stato procrastinato in quanto, a seguito dell'analisi delle prassi operative, si è ritenuto prioritario il completamento della GAP analisi e una revisione del documento descrittivo.

D) Formare il personale coinvolto dalle nuove normative relative a requisiti e funzionamento: tutto il personale coinvolto nella riforma normativa è stato formato (cfr. Report formazione 2.3).

5.1.2 Efficienza, Sostenibilità e rispetto ambientale

Si è realizzato il progetto esecutivo e ottenuto il permesso a costruire della nuova struttura. Si è ottenuto il parere preliminare favorevole all'erogazione del finanziamento FRIM da parte dell'ufficio competente, si sono avviati i contatti con alcuni istituti di credito per le eventuali richieste di finanziamento.

5.2 Obiettivi 2016

tre assi di sviluppo della Cooperativa possono essere, anche per il 2016, sintetizzati come: a) una migliore appropriatezza dei servizi e delle prestazioni della cooperativa per meglio rispondere alle dinamiche del bisogno degli ospiti; b) l'investimento sulle competenze delle risorse umane per aumentare l'efficacia e l'efficienza organizzativa; c) il rispetto per l'ambiente e l'attenzione alla sostenibilità.

5.2.0 Obiettivi relativi all'appropriatelyzza delle prestazioni

A) Ottenere la qualifica di Ente Gestore Unico.

B) avviare una valutazione delle attrezzature utili per la movimentazione di persone per la nuova struttura

C) proseguire con le progettazioni sperimentali di vita autonoma e avviare collaborazione con Comune di Brescia per l'utilizzo degli appartamenti palestra.

5.2.1 Organizzazione e Formazione

A) Formazione del personale con riferimento a quanto previsto dal D.Lgs 231/01

B) avvio di progetto per l'implementazione di un Sistema di Gestione della Sicurezza ai sensi del D.Lgs. 81/08 art.30 e azioni formative conseguenti.

C) Individuare la funzione di coordinamento medico e della palestra

D) Progettare l'informatizzazione degli interventi e del FASAS.

E) Ottenere la certificazione di qualità ai sensi della nuova norma ISO 9001/2015.

F) Rivalutare le caratteristiche dei presidi antidecubito

5.2.2 Efficienza, sostenibilità e rispetto ambientale

A) realizzare il piano per la gestione preliminare all'avvio dei lavori per la nuova struttura

B) ottenere nuovo permesso a costruire con esenzione (parziale o totale) degli oneri

C) Scelta delle ditte per la costruzione della nuova struttura, da effettuare tramite l'apposita Commissione costituita nel 2015, che tenga conto dei criteri espressi dal