



BILANCIO D'ESERCIZIO ASPeF

ANNO 2010

RELAZIONE
SULLA GESTIONE DEL
DIRETTORE GENERALE



Il risultato dell'esercizio 2010, chiuso con un utile di euro 8.002,87, al netto delle imposte e delle riserve di legge, è stato raggiunto con il concorso del dividendo prodotto nel medesimo esercizio dalla società Farmacie Mantovane Srl, per un importo di euro 226.288.

ANALISI DELLA SITUAZIONE DI ASPEF E DELL'ANDAMENTO E DEL RISULTATO DELLA GESTIONE 2010.

FARMACIE MANTOVANE SRL.

La società ha subito un decremento dell'utile non imputabile alla diminuzione della propria attività, ma determinato, accanto alla maggiore incidenza della tassazione legata ad eventi contingenti ed in parte preventivata, da variazioni di magazzino e dall'accantonamento di euro 11.558 quale premio incentivante la produttività del personale dipendente per l'esercizio 2011:

	2010	2009	2008	2007
Valore della Produzione	3.407.917	3.394.739	3.291.980	3.189.457
Costi della Produzione	3.040.206	2.998.672	2.917.354	2.815.294
Margine Operativo Lordo	367.711	396.067	374.626	374.163
Risultato prima delle imposte	367.983	401.437	394.048	393.784

Conto economico riclassificato

	2010	2009	2008	2007
Valore Aggiunto	825.765	819.272	771.191	750.758
Margine Operativo Lordo	421.101	465.172	439.005	434.913
Risultato Operativo	367.711	396.067	374.626	374.163
Risultato Ordinario	367.983	401.437	394.048	393.784

Si ricorda che oltre all'utile ASPEF percepisce da Farmacie Mantovane Srl l'importo di euro 147.500,00, a titolo di canone di locazione degli immobili e contratto di servizio.

Si rinvia al Bilancio di FM Srl allegato: stato patrimoniale, conto economico e nota integrativa.



EVENTI RILEVANTI DELL'ESERCIZIO

AREA RESIDENZIALE SOCIO SANITARIA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI.

Le RSA I. D'Este e L. Bianchi hanno beneficiato del PREMIO QUALITA' per l'esercizio 2010: 25.365 euro sono stati riconosciuti alla RSA I. D'Este, 26.517 euro alla RSA L. Bianchi (è riconosciuto come standard qualitativo la presenza notturna dell'Infermiere).

Dal gennaio 2010 la Regione ha accreditato gli ultimi due dei 5 posti già autorizzati al funzionamento presso la RSA L. Bianchi; il 12 giugno 2010 sono stati messi in funzione cinque nuovi posti, realizzati insieme alle sale polivalenti. La RSA L. Bianchi ha raggiunto pertanto la sua capienza massima: 60 posti letto suddivisi in tre nuclei. Il 28 gennaio scorso si sono conclusi lavori di adeguamento della RSA I. D'Este finalizzati all'aumento di 1 posto letto al 6° piano e di cinque posti presso il Centro Diurno Integrato. Un ringraziamento all'équipe di vigilanza dell'ASL di Mantova che ha reso possibile l'attivazione e quindi l'offerta dei nuovi posti letto in tempo reale rispetto alla fine dei lavori e alla richiesta di autorizzazione al funzionamento.

AREA DOMICILIARE SOCIO SANITARIA PER ANZIANI E PER SOGGETTI DIVERSAMENTE ABILI : SPRIMENTAZIO DI INTERVENTI IN RETE DEDICATI ALLA GESTIONE A DOMICILIO DEI SOGGETTI AFFETTI DAL MORBO DI ALZHEIMER NELLA CITTA' DI MANTOVA 2007-2010

Gli utenti del Servizio di Assistenza Domiciliare sono aumentati, nella sola Città di Mantova sono stati 500, dei quali 85 pazienti affetti da Alzheimer.

La sperimentazione, di durata triennale, ha validato l'efficacia di interventi personalizzati a domicilio, a sostegno di persone affette dal morbo di Alzheimer e più in generale da disturbi comportamentali legati a forme di demenza degenerativa ad esito infausto.

Un particolare ringraziamento deve essere rivolto alla Fondazione Cariverona che ha reso possibile l'intervento, alla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, agli operatori del servizio domiciliare ed ai 25 professionisti che con impegno hanno affrontato una



sfida che non ha precedenti in Italia, ma che costituirà valido supporto per tutti coloro che devono dare concrete risposte ai pazienti ed alle loro famiglie. Ricordiamo qui che la sperimentazione è stata presentata al convegno internazionale sull'Alzheimer tenutosi a Vienna nel giugno 2009 ed al Congresso sugli ambienti di vita assistiti al Foritaal di Lecce nel settembre 2009.

A conclusione dell'immane lavoro profuso nella triennale per la messa a punto di interventi efficaci per l'assistenza a domicilio di malati di Alzheimer diamo una sintesi degli elementi emersi, delle criticità e delle opportunità che si aprono per fronteggiare questa devastante patologia.

Ci troviamo oggi di fronte a sfide titaniche, frutto di dinamiche demografiche, sociali ed economiche, come l'invecchiamento della popolazione, il depauperamento dei nuclei familiari (1/3 delle persone ultra65enne vive da sola), l'aumento dell'immigrazione e la crisi economica.

Dal contesto emerge, forte e chiara, l'istanza di concretizzare strategie di coordinamento tra gli attori chiamati a dare risposte ai bisogni in termini programmatori (Comune, ASL, Regione) e attori preposti alla produzione ed erogazione di servizi, pubblici e privati, in modo da convogliare unidirezionalmente gli sforzi e le risorse nella costruzione di un welfare prioritariamente attento all'area del bisogno, ma anche all'area del benessere. I risultati della sperimentazione di interventi di sostegno ai soggetti affetti dal morbo di Alzheimer o, più in generale, da forme di demenza degenerativa invalidante, ad esordio prevalentemente senile, finanziata dalla Fondazione Cariverona, e progettata e condotta dal Comune di Mantova, ente Capofila, unitamente ad ASPeF e Fondazione Mazzali, ASL, Provincia ed Azienda Ospedaliera (Presidio Ospedaliero di Mantova) e realizzata nel triennio 2007/2010 ricollocaNO l'Ente Locale in una posizione strategica di sistema, recuperando il ruolo di regia e indirizzo, di promozione e propulsione non solo di tutto il sistema sociale, ma anche delle aree di contiguità con i sistemi socio sanitario e sanitario ... capace di attenzione prioritariamente all'area del disagio ma anche all'area della qualità dell'esistenza e dei rapporti che di essa rappresentano la trama vitale (Arnaldo De Pietri, Assessore al Welfare del Comune di Mantova, tratto dalla relazione al Bilancio Consuntivo dell'esercizio 2009).

Perché ci siamo occupati di Alzheimer ?

Le demenze degenerative ad esordio prevalentemente senile, tra cui il Morbo di Alzheimer, rappresentano, nei paesi industrializzati, la quarta causa di morte: la diffusione delle diverse forme è in continua crescita.



L'aumento del numero di persone colpite è frutto di uno dei tanti paradossi del nostro tempo: le principali cause sono da ricercare nelle modifiche ambientali, demografiche ed epidemiologiche, nella vertiginosa evoluzione tecnico-scientifica, nell'adeguatezza dei servizi territoriali di prevenzione primaria, in sintesi "...il maggior fattore di rischio, associato all'insorgenza di demenza, è l'età" (A. Lanari, Medico Neurologo dell'Az. C. Poma di MN). Al fine di supportare operativamente le politiche sociali volte a fronteggiare le criticità derivanti dall'invecchiamento della popolazione, dall'evoluzione/involuzione del tessuto sociale, che affliggono e in maniera speciale anche la nostra comunità, il Comune di Mantova ha ritenuto prioritario progettare un percorso che garantisse, nel breve medio periodo, di ristrutturare un servizio domiciliare quanto più aderente ai bisogni della popolazione anziana, inclusa quella affetta da patologie dementigene, la cui cura è stata sinora delegata ad un "dio minore" (famigliari e servizi sociali comunali), finalizzata a raccordare la pluralità di azioni, valorizzando la qualità della vita sul territorio, con interventi mirati all'innovazione strutturale ed organizzativa.

Alcuni dati demografici per contestualizzare e offrire le dimensioni dei problemi in analisi:

Comune di Mantova (dati al 31 dicembre 2009)

Residenti 48.471

Ultrasessantacinquenni 12.929

di cui Ultraottantenni 4.167

0-14enni 5.583

INDICE DI INVECCHIAMENTO

$$IV = \frac{Pop_{\geq 65}}{Pop_{\leq 14}} * 100$$

Riferimenti

Lombardia 159

Provincia di Mantova 191

Comune di Mantova **230**



Le patologie dementigene colpiscono dall'1% al 5% le persone ultrasessantacinquenni, mediamente il 30 % degli ultraottantenni.

E' evidente che le nostre realtà sono molto esposte e richiedono investimenti importanti per assicurare la capacità di dare risposte.

Il gruppo di lavoro organizzato dal Comune di Mantova, dopo aver effettuato, congiuntamente con l'ASL di riferimento, l'Ufficio del Piano di Zona del Distretto di Mantova, l'Osservatorio Anziani della Provincia, una mappatura della popolazione, dei bisogni e della tipologia e quantità degli interventi socio sanitari e sanitaria, erogati dai soggetti autorizzati, pubblici e privati, ha registrato gravissime carenze assistenziali alla fascia di anziani colpita da forme di demenza. Negli USA, per l'assistenza a ciascun paziente si stimano costi tra i 40.000 ed i 75.000 euro annui, in Italia i costi medi stimati dal Censis nel 2007 ammontano a circa 60.000 euro annui, tra costi diretti (25%) e costi indiretti (75%), questi ultimi in buona misura a carico delle famiglie e degli Enti Locali. L'impatto dei costi "sociali" complessivi, rilevante e nettamente superiore a quelli sanitari, ha reso evidente l'esigenza di un profondo adeguamento delle politiche di intervento. Il Comune di Mantova, nella consapevolezza, quindi, delle caratterizzazioni demografiche della propria popolazione, ha catalizzato i principali attori di riferimento per dare vita ad un progetto di ridisegno delle politiche sociali del territorio, con l'obiettivo di formulare e sperimentare una serie di ipotesi per il riallineamento delle rispettive competenze e azioni, strumento per fronteggiare il massiccio attacco di "eventi traumatici non prevedibili", le sindromi demenziali, come il morbo di Alzheimer, cause tra quelle maggiormente invalidanti, a livello soggettivo e destrutturanti di sistemi sociali (famiglia, reti di vicinato, ambienti di lavoro).

Grazie all'importante contributo della Fondazione Cariverona, che ha promosso anche in altre 4 città, Verona, Vicenza, Belluno e Ancona, interventi mirati a contrastare le ricadute del diffondersi del morbo di Alzheimer, il Comune di Mantova ha potuto dare avvio alla sperimentazione. E' utile ricordare che la sola Regione Lombardia finanzia, oggi, oltre il 55% dei posti letto in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per anziani non autosufficienti dell'intera nazione ed è tra le poche regioni che hanno strutturato una rete residenziale e semi residenziale per i malati di Alzheimer. La Provincia di Mantova ha attivi 3.125 unità, la Città di Mantova offre 429 posti in regime residenziale e 45 in regime semiresidenziale (Centri Diurni Integrati). Un incremento delle unità di offerta accreditate non è prevedibile, non sarebbe sostenibile economicamente dalla Regione.

L'idea forte, sistemica è di garantire anche a questi malati interventi mirati, strutturati, standardizzabili, a pari dignità con altri pazienti affetti da malattie croniche invalidanti ad esito infausto, proponendo ai soggetti preposti alla



programmazione l'adozione di un pacchetto di prestazioni, economicamente sostenibile, a supporto delle famiglie, per il differimento della istituzionalizzazione dei pazienti in ambiti protetti: per il numero di enti coinvolti, il numero dei pazienti valutati e di quelli reclutati, la banca dati realizzata, crediamo di aver vissuto una delle sperimentazioni più significative a sostegno di una domiciliarità possibile anche per malati affetti da demenza, come documentato dal differimento dei processi di ricovero in favore di pazienti anche già gravemente compromessi, con un innalzamento delle potenziali attese per i pazienti presi in carico in fasi precoci, o addirittura già agli esordi della malattia.

Due le direttrici di intervento: l'introduzione di prassi di lavoro innovative, con la messa in campo anche di profili professionali raramente impegnati in interventi a domicilio, con sperimentazione e validazione di protocolli di lavoro specifici e l'introduzione di tecnologie, mutate dalla domotica, adattate a tutela e supporto delle persone fragili e delle loro reti di sostegno. Nel pensiero empirista la conoscenza non può provenire solo dall'intuizione, ma deriva dall'esperienza stessa. L'inglese "evidence" può essere considerato corrispondente alla espressione "dato empirico", denotando un processo di conoscenza che si basa sulle prove, sulla ripetizione di comportamenti nel tempo e nella puntuale registrazione degli esiti, un processo di conoscenza che rigetta speculazioni teoriche e costruzioni ideologiche e che si basa sul solido terreno dei fatti ovvero della conoscenza attuale. Questa è la premessa che ci siamo dati, per uscire dall'autoreferenzialità che, spesso ed ingiustificatamente, impera nella determinazione delle prassi di assistenza in campo sociale e socio sanitario.

Proprio la specificità dell'obiettivo generale individuato, ovvero la sperimentazione della strutturazione di un'offerta di interventi domiciliari flessibili e pertinenti, dedicati ai soggetti affetti dal morbo di Alzheimer, ha garantito il finanziamento del progetto, preventivato in 1.103.000 euro, dei quali 675.000,00 messi a disposizione dalla Fondazione Cariverona.

Il domicilio, dunque, quale ambito di intervento privilegiato, mediante il rinforzo dei legami all'interno della rete dei servizi sanitari e sociali, progettando una revisione del setting di assistenza e dei suoi presupposti.

CRITICITA' E PUNTI DI FORZA

Lo schema iniziale dell'intervento, in parte mutuato dalle poche esperienze non residenziali operate in Italia, prevedeva tra l'altro, la voucherizzazione degli interventi, la strutturazione di un call center a disposizione dei care giver,



l'attivazione di posti letto per ricoveri di sollievo, l'utilizzo di personale socio sanitario con esperienza maturata nei servizi domiciliari, l'inserimento della figura dell'educatore professionale per la riabilitazione e/o stimolazione cognitiva e del recupero e mantenimento delle funzioni per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana, l'inserimento di terapisti della riabilitazione per terapie occupazionali, l'introduzione di ausili già sperimentati nell'area della disabilità fisica, la consulenza di istituti di ricerca specializzati nel trattamento di pazienti affetti dal Morbo di Alzheimer.

La sperimentazione alla verifica sul campo di nuove evidenze su aspetti di cui molti sembravano essersi occupati e che pertanto avevamo dato per assodati, si è via via scostata dal modello iniziale, dalle esperienze prese in considerazione nel 2007. Un esempio, tra i più significativi: il call center a libero accesso per i care giver. Nella realtà degli interventi abbiamo verificato che i Medici di Medicina Generale più attenti a queste problematiche assolvono già con efficacia, e senza costi aggiuntivi, alla funzione di supporto e informazione dei care giver. Manca, invece, a supporto dei Medici di Medicina Generale un punto di riferimento a carattere scientifico, costante e di facile accesso, che costituirebbe fulcro permanente per l'aggiornamento e l'orientamento dei sanitari, che devono affrontare quotidianamente problematiche che coinvolgono, oltre ai pazienti, interi nuclei parentali, per altro non sempre conviventi. Le Unità di Valutazione Alzheimer, punto cardine nell'assistenza ai soggetti affetti dal Morbo, che pure hanno raggiunto livelli di eccellenza nella diagnostica e nel trattamento farmacologico, non sono più finanziate dal Servizio sanitario, ma continuano a garantire ai pazienti visite periodiche programmate con costi a totale carico degli utenti. L'impoverimento di queste strutture, come documentato dalle schede di presa in carico dei malati compilate nei diversi centri, determinato la progressiva dismissione della funzione di accurata e assidua raccolta, classificazione e rielaborazione di tutti quei dati anamnestici che avrebbero potuto meglio orientare gli operatori nel sostegno alle famiglie e nella definizione di percorsi e protocolli. Molto e bene hanno lavorato le RSA e i Centri Diurni, soprattutto in Lombardia, riuscendo così a fornire, in regime residenziale e semi residenziale, servizi aggiuntivi sempre più mirati, appropriati allo stadio di malattia (terapia della realtà, pet therapy, musicoterapica, terapia occupazionale). Anche su questo versante avevamo mutuato e data per assodata la positiva valenza di ricoveri a tempo determinato, cd di sollievo, in particolare per i care giver e degli inserimenti temporanei nei Centri Diurni Integrati. L'evidenza è stata altra: i ricoveri in RSA o presso unità ospedaliere o di riabilitazione geriatrica per periodi superiori a 15/20 giorni di pazienti reclutati nella sperimentazione hanno determinato in 2/3 dei casi l'istituzionalizzazione definitiva, vuoi a causa dell'accelerazione del processo di perdita delle facoltà residue all'impatto



con un ambiente non conosciuto vuoi per il crollo del nucleo familiare all'atto dell'allentarsi delle tensioni che alimentavano lo sforzo di assistenza continua.

Un problema poco considerato nella progettazione e realizzazione di strutture diurne (Centri Diurni) per anziani è rappresentato dal trasporto dalla sede di residenza alla struttura e viceversa: il 90 % è garantito dai care giver o da associazioni di volontariato, che generosamente si prestano per garantire la mobilità a persone anziane o disabili. Nel caso invece di malati di Alzheimer il trasporto dovrebbe essere garantito dai care giver o da personale socio sanitario qualificato, per affrontare in modo efficace eventuali situazioni di crisi, che difficilmente un soggetto estraneo e privo della necessaria professionalità riuscirebbe a contenere. Parimenti misconosciuta è la necessità di riconoscere maggiori standard assistenziali per i CDI che ospitano pazienti affetti da demenza.

Irrisolti e sempre più frequenti i problemi legati all'accesso di questi pazienti a strutture di emergenza/urgenza, per altre manifestazioni patologiche, fratture, stati di iper/ipoglicemia, ecc. In questo contesto, talvolta vengono chiamate in campo, dove presenti, le uniche strutture che oggi, in Italia, sono dotate di tutto lo strumentario necessario, non solo farmacologico, ovvero i Dipartimenti di Psichiatria. Gli operatori dei Dipartimenti Psichiatrici quando si tratti di demenze degenerative ad esordio prevalentemente senile, allo stato, non vengono coinvolti neppure nella fase della diagnosi della malattia, che colpisce le persone in fasce d'età sempre più precoci, né nella progettazione di servizi a contrasto di disturbi comportamentali. Un altro dei tanti paradossi in cui ci siamo imbattuti ! Sempre in relazione alle risorse umane, un altro fattore particolarmente critico e che ha rallentato il processo di costruzione del percorso assistenziale per malati di Alzheimer nei termini progettati, è l'impiego improprio di laureati in psicologia, in luogo di Educatori Professionali e Operatori Socio Sanitari, criticità che dovrebbe trovare, per la città di Mantova, soluzione nel breve grazie alla Fondazione Università di Mantova che in collaborazione con la facoltà di Medicina e chirurgia di Brescia ha attivato due corsi di Educatore Professionale.

Alla luce di tre anni di sperimentazione possiamo affermare che il percorso per dare risposte qualitativamente accettabili alle problematiche affrontate, attraverso strumenti utili a differire il processo di istituzionalizzazioni di soggetti affetti da demenza, ha dato risultati concreti, assolutamente perfettibili, ma concreti. L'introduzione della domotica ha dimostrato grandi potenzialità. La sperimentazione sul campo le ha fatte emergere, così come, invero, ha freddato facili entusiasmi: alcuni presidi sono risultati nella pratica irrilevanti, ad esempio il "salta in mente", presidio per la somministrazione automatizzata di farmaci ad orari prestabiliti.



Presidio singolare, ma inutile per pazienti affetti da demenza che debbono assumere quotidianamente più di tre farmaci, magari più volte al giorno, ovvero per la totalità dei malati presi in carico. Così dicasi dell'alimentatore a suzione, prezioso per disabili fisici, emiplegici e malati di Parkinson, ma che richiede facoltà volitive che un paziente affetto da demenza difficilmente conserva.

E ancora, mentre il sistema di rilevazione delle cadute non soddisfa ancora requisiti minimi di sicurezza, troppi falsi negativi e falsi positivi rischiano di rappresentare un ulteriore elemento ansiogeno per i care giver, il sistema di rilevazione della presenza a letto, messo a punto dai ricercatori della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa presso la RSA L. Bianchi di Mantova su richieste e indicazioni specifiche degli operatori socio sanitari coinvolti nella sperimentazione, ha un valore inestimabile per la sicurezza dei pazienti e lo stato di benessere di chi è preposto all'assistenza. La versione integrale computerizzata presumiamo sarà commercializzata entro il prossimo triennio, i costi di installazione e di formazione del personale costituiscono ancora un investimento significativo. L'Ufficio Tecnico di Aspef ne ha elaborato una versione semplificata che, mediante un semplice correttivo al sistema di chiamata, ne assume tutti i benefici (immediata allerta del personale di assistenza) ed è già fruibile a costi accessibili.

Alla data odierna assistiamo 14 nuclei familiari, ma i relativi costi gravano per l'80% sugli assistiti. Il Consiglio di Amministrazione sta promuovendo presso tutte le sedi istituzionali una massiccia sensibilizzazione per ottenere anche per questi pazienti la possibilità di permanere al proprio domicilio a costi accettabili.

PATRIMONIO IMMOBILIARE.

E' stata completata la ristrutturazione dell'ex Distributore di P.le Gramsci, con la realizzazione di spazi da destinare ad ambulatori ed è stata bonificata l'area antistante il complesso che ospita il Dormitorio Pubblico ed il Pensionato Sociale in Via Ariosto.



RAFFRONTI
TRA BILANCIO DI PREVISIONE E CONTO CONSUNTIVO 2010
RIFERITI ALLE PRINCIPALI VOCI DEL CONTO ECONOMICO

RICAVI

Valore della produzione.

Valore della Produzione	Previsionale 2010	Consuntivo 2010	Differenza
Ricavi vendite e prestazioni	4.459.130,02	4.542.165,03	83.035,01
Variazione rimanenze	-	- 2.322,49	- 2.322,49
Altri ricavi e proventi	3.951.586,68	4.379.519,47	427.932,79
Totale	8.410.716,70	8.919.362,01	508.645,31

Di cui rappresentano voci significative le seguenti:

Centri di Responsabilità	Previsionale 2010	Consuntivo 2010	Differenza
RSA I. D'Este	3.745.742,36	3.761.122,31	15.379,95
RSA L. Bianchi	1.731.474,90	1.779.103,06	47.628,16
CDI	152.355,00	171.539,99	19.184,99
SAD e Voucher	659.032,63	1.060.091,30	401.058,67
Area Integrazione Sociale	320.510,75	286.334,79	- 34.175,96
Area Minori	375.759,34	433.622,39	57.863,05
Studentato	218.400,00	253.906,51	35.506,51
Comunità Alloggio Handicap	264.692,66	277.692,89	13.000,23

I dati più rilevanti sono rappresentati dall'incremento dei ricavi della RSA I. Bianchi, legati all'apertura dei nuovi posti letto che in regime di autorizzazione hanno mantenuto costante un tasso di saturazione del 90%, ed i ricavi legati al progetto Alzheimer : 85 pazienti transitati, 65 mediamente in carico, 25 gli operatori coinvolti nell'assistenza diretta a domicilio.

Altrettanto rilevante è il carico assistenziale ai minori a domicilio, 14 le nuove prese in carico.



Costi della Produzione

COSTI DELLA PRODUZIONE		MATERIE PRIME	
Centri di Responsabilità	Previsionale 2010	Consuntivo 2010	Differenza
RSA I. D'Este	315.911,76	309.724,43	- 6.187,33
Rsa L. Bianchi	144.050,16	137.408,60	- 6.641,56
CDI	4.736,34	4.526,05	- 210,29
Area Integrazione Sociale	32.839,22	35.429,12	2.589,90
Area Minori	15.522,88	16.700,00	1.177,12
Studentato	47.731,60	45.997,68	- 1.733,92
Comunità Alloggio Handicap	4.500,00	7.721,10	3.221,10
Costi Comuni	13.000,00	14.565,80	1.565,80

COSTI DELLA PRODUZIONE		SERVIZI	
Centri di Responsabilità	Previsionale 2010	Consuntivo 2010	Differenza
RSA I. D'Este	1.658.972,06	1.717.338,72	58.366,66
Rsa L. Bianchi	999.718,00	1.025.345,15	25.627,15
SAD - Voucher - Alzheimer	488.255,02	688.093,51	199.838,49
CDI	13.466,13	17.820,82	4.354,69
Area Integrazione Sociale	118.096,36	129.583,39	11.487,03
Area Minori	242.401,00	321.543,05	79.142,05
Studentato	45.473,00	43.904,06	- 1.568,94
CAH	183.682,21	199.108,12	15.425,91
Compensi CdA	88.919,04	87.859,07	- 1.059,97
Compensi Collegio revisori	30.532,00	32.031,56	1.499,56
Costi Comuni	160.511,40	150.914,55	- 9.596,85



Il rigido controllo dei costi ha determinato un sostanziale rispetto del budget preventivato per l'acquisto di materie prime, l'aumento dei costi dei servizi è strettamente correlato alle risorse umane impegnate nel progetto Alzheimer, nell'assistenza geriatrica ed nell'assistenza domiciliare ai bambini in situazioni di disagio.

Personale	Previsionale 2010	Consuntivo 2010	Differenza
	3.015.084,80	2.996.894,07	- 18.190,73

Ammortamenti	Previsionale 2010	Consuntivo 2010	Differenza
	318.332,26	333.936,76	15.604,50

Oneri di gestione	Previsionale 2010	Consuntivo 2010	Differenza
	116.365,15	107.556,59	- 8.808,56

Sei i dipendenti cessati, di cui tre, a tempo determinato, legati al progetto Alzheimer. Sono stati assunti un Educatore Professionale, un Infermiere Professionale un amministrativo per il settore economico finanziario, ed un operatore part time , a 12 ore settimanali, ai sensi della legge 68/1999. Non è stata sostituita presso gli uffici amministrativi l'operatrice assente per maternità e puerperio.

RETTE E TARIFFE.

Si ricorda che le tariffe fissate nel 2009 nell'esercizio 2010 non hanno subito variazioni in aumento. Sono rimasti comunque inclusi nella retta a carico degli ospiti delle RSA I. D'Este e L. Bianchi tutti servizi di seguito elencati:

- Trasporto vs strutture sanitarie per prestazioni medico specialistiche e diagnostiche;
- Lavaggio, stiratura e rammendo degli indumenti degli ospiti;
- Pedicure, parrucchiere e barbiere
- Podologo, Psichiatra, specialista in Anestesia e Rianimazione (per alimentazione artificiale e cure palliative) , Dermatologo.
- Menù differenziati
- Gite



RAFFRONTO
TRA CONTO CONSUNTIVO 2010, 2009, 2008 e 2007
RIFERITI ALLE PRINCIPALI VOCI DEL CONTO ECONOMICO

RICAVI

Valore della produzione.

Valore della Produzione	2010	2009	2008	2007
Ricavi vendite e prestazioni	4.542.165,03	4.476.503,85	4.110.577,07	3.832.280,30
Variazioni rimanenze	- 2.322,49	- 76,87	+ 831,56	1.202,22
Altri ricavi e proventi	4.379.519,47	4.055.264,20	4.016.644,41	4.065.239,62
Totale	8.919.362,01	8.531.691,18	8.128.053,04	7.896.317,70

Di cui rappresentano voci significative le seguenti:

CdR	2010	2009	2008	2007
RSA I. D'Este	3.765.117,68	3.815.243,91	3.755.994,42	3.555.461,81
RSA L. Bianchi	1.785.225,13	1.688.533,37	1.684.633,76	1.502.796,41
Fisioterapia	112.256,14	107.103,65	94.625,82	57.634,74
SAD/ADI/Alzheimer	1.061.827,09	710.454,73	550.146,27	597.790,15
CDI	171.987,06	155.367,26	142.593,64	154.090,93
Area Integr. Soc.	288.915,35	292.743,77	254.876,08	249.490,64
Area Minori	433.700,22	368.384,66	366.318,39	356.842,78
Studentato	256.266,83	217.108,42	33.004,80	0
CSS Disabili	278.922,76	268.616,75	329.414,59	284.394,80



RAFFRONTO
TRA CONTO CONSUNTIVO 2010 E CONTI CONSUNTIVI 2009, 2008 E 2007

COSTI

Costi della produzione.

Costi della Produzione	2010	2009	2008	2007
Costi per materie prime	836.935	783.359	823.077	774.371
Costi per servizi	4.476.275	4.140.319	3.889.633	3.763.355
Costi godimento beni/terzi	37.644	41.924	40.855	37.537
Costi personale dipendente	2.996.894	2.892.961	2.932.726	2.939.022
Amm.ti e svalutazioni	333.936	326.872	338.463	222.562
Accantonamenti	175.000	251.379	123.000	92.129
Oneri di gestione	107.556	153.952	103.609	97.571

Dei costi di produzione rappresentano voci significative le seguenti:

Costi per materie prime, sussidiarie e di consumo.

	2010	2009	2008	2007
Generi alimentari	237.526	234.286	232.655	226.683
Presidi sanitari	32.038	35.183	30.313	39.047
Farmaci	120.494	91.206	91.637	83.738
Presidi per incontinenti	76.542	78.993	82.688	80.379
Materiali di consumo + magazzino	87.726	81.532	94.712	70.905
Carburante	12.255	11.208	13.533	12.320
Teleriscaldamento	232.917	226.657	178.049	226.972
Gas medicali (Ossigeno)	29.518	14.653	22.254	18.638

Costo Farmaci	2010	2009	2008	2007
Giornate degenza	64.320	63.106	63.116	61.843
Farmaci e Presidi	120.494+32.038	91.206+35.183	91.636 + 30.313	83.737+39.046
Costo medio pro die pro capite	2,38	2,00	1,45	1,35



L'incremento del consumo dei farmaci, comprensiva di parafarmacie e integratori alimentari, ha subito un'impennata del 30% e depone ulteriormente sulla gravità della casistica dei cittadini che vengono ospitati in RSA.

Presidi per incontinenti.

La corretta ed omogenea applicazione dei protocolli operativi nell'uso di questi prodotti continua a produrre effetti positivi.

Costo Presidi	2010	2009	2008	2007
Giornate degenza	64.320	63.106	63.116	61.482
Presidi per incontinenti	76.542	78.993	82.688	80.379
Costo medio pro die pro capite	1.19	1.25	1.31	1,31

Costi per servizi.

	2010	2009	2008	2007
Trasporto ospiti con Ambulanza	32.651	26.233	25.013	22.055
Energia elettrica	170.437	157.307	115.189	130.570
Acqua e gas	43.129	29.113	33.032	41.078
Manutenzioni	192.565	217.937	176.792	95.341
Spese Telefoniche	40.630	39.645	31.952	32.905
Assicurazioni	48.507	33.424	34.828	29.624
Lavanderia biancheria piana	78.655	67.062	69.279	49.657
Pulizia e lavaggio stoviglie	31.902	33.321	73.766	207.507
Assistenza socio san. e Infermier. RSA, SAD e Alzheimer	2.616.739	2.214.298	2.024.725	1.796.085
Assistenza socio san. E Infermieristica voucher	50.125	56.889	57.006	67.976
Assistenza CAG	96.957	90.939	81.702	80.881
Assistenza SADM	195.532	153.060	140.027	119.399
Assistenza CSS Disabili	172.733	186.741	153.435	142.390
Assistenza notturna Dormitorio	73.083	71.000	57.199	0.00
Confez. e consegna pasti	145.275	127.547	95.641	115.938
Prestaz.prof. Socio sanitarie	224.271	240.971	297.055	347.698
Prestaz.prof. non sanitarie	29.359	49.275	48.161	102.375
Uff.Tecn.Contab., Lavoro, Trib.	58.546	81.390	77.020	75.295
Costo personale interinale	0.00	0.00	0.00	21.680

Le voci più rilevanti di incremento dei costi sono legate all'assistenza diretta, in particolare i trasporti in autoambulanza di persone non autosufficienti, 186 euro a



posto letto, l'assistenza geriatrica ed infermieristica, gli operatori sanitari dedicati all'assistenza domiciliare dei malati di Alzheimer, l'assistenza a domicilio dei minori in situazione di disagio. Forte l'aumento delle utenze, energia elettrica, acqua e gas. L'incremento delle spese telefoniche è legato in parte ai servizi, come lo studentato, l'assistenza a domicilio di malati di Alzheimer ed il servizio affidi, che portano a frequenti contatti con gli utenti, ma soprattutto all'introduzione delle interfacce in telefonia mobile che agevolano l'accesso telefonico degli utenti esterni direttamente ai servizi di riferimento: il sistema è stato attivato nel novembre del 2008. Anche l'incremento dei costi delle assicurazioni è legata alla casistica clinica degli ospiti delle RSA: le compagnie di assicurazioni hanno iniziato ad equiparare, in sede di rinnovo delle polizze, il rischio degli operatori sanitari che lavorano nelle nostre strutture al rischio degli operatori inseriti in contesti ospedalieri. E' un fattore da tenere monitorato e da portare all'attenzione anche della Regione, che remunera ben diversamente RSA e presidi ospedalieri.

Costi personale dipendente.

Costi personale dipendente	2010	2009	2008	2007
Comparto	2.783.294,00	2.696.061,00	2.735.826,00	2.751.922,00
Dirigenza	213.600,00	196.900,00	196.900,00	187.100,00
Totale	2.996.894,00	2.892.961,00	2.932.726,00	2.939.022,00
Interinale	0	0	0	21.680,00
Totale	2.996.894,00	2.892.961,00	2.932.726,00	2.960.702,00

COSTI COMUNI.

Corre l'obbligo di esplicitare la composizione della voce Costi Comuni, che compaiono nel Conto Economico del Bilancio CEE. In ossequio ai principi di redazione dei documenti contabili, queste voci devono essere evidenziate separatamente.



	2010	2009	2008	2007
A) Costi per acquisto materie prime				
Acquisti materie prime, di consumo	14.565	14.162	13.924	13.457
TOTALE	14.565	14.162	13.924	13.457
B) Costi per servizi				
Energia elettrica, acqua e gas	13.263	8.050	10.566	9.061
Manutenzioni, assicurazioni e telefonia	26.160	28.372	29.810	25.856
Collaborazioni Coord.e Cont./Prog.	10.613	26.080	29.450	22.300
Consulenze e incarichi Uff.Tecnico, Med. Lav. assistenza informatica, gestione personale, sett.Economico Patrimon.	62.351	81.390	77.020	75.295
Altre spese (spese viaggi, spese di rappresentanza, <u>spese formazione</u> , rilegature bilanci, spese gare d'appalto, pulizie, spese bancarie, spese postali, spese rimborso km., spese pubbl.)	38.485	60.103	36.704	45.204
Spese fotocopiatore, spese automezzi etc.	40	0	84	72
TOTALE	150.914	218.157	183.634	177.788
C) Oneri diversi di gestione				
Tasse governative, ICI, costi indeducibili, abbonamenti a testi e quotidiani etc.	29.600	29.652	18.881	28.951
TOTALE	29.600	29.652	18.881	28.951



AREA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI.

RSA I. D'Este

RSA I. D'Este	2010	2009	2008	2007
Posti letto accreditati	119	119	119	119
Tasso di saturazione	99	99	99	99
Giornate di degenza	43.305	43.266	43.305	43.270
Aumento rette	0.00	1,50	2,50	2,85
Contributo ex ONPI	NESSUNO	NESSUNO	NESSUNO	NESSUNO

Il costo medio della giornata di degenza si è attestato ad euro 97.15 (+5,1%) mentre il ricavo ammonta ad euro 86,95, compreso il premio qualità 2010 : il differenziale è pari ad euro 10.20 pro die. Questa viene determinata in rapporto alla definizione della retta di degenza attualmente fissata in euro 43,00. La retta a copertura dovrebbe ammontare ad euro 53,20 euro.

RSA L. Bianchi

RSA	2010	2009	2008	2007
Posti letto accreditati	55	53	50	50
Posti letto autorizzati	5	2	5	1
Giornate di degenza	19.623	18.593	18.283	18.212
Giornate pl autorizzati	1.392	1.247	1.528	341
Aumento rette	0.00	1.50	2,50	2,85
Contributo ex ONPI	NESSUNO	NESSUNO	NESSUNO	NESSUNO

Il costo medio della giornata di degenza si è attestato ad euro 90.93 (+ 4%), mentre il ricavo ammonta ad euro 84.95 : il differenziale è pari ad euro 5.98 pro die



Il miglior rapporto costi/ricavi della RSA L. Bianchi rispetto alla RSA I. D'Este è legato anche ai nuovi 5 posti letto attivati dal 12 giugno 2010, con una saturazione del 90%, la cui retta è stabilita in 92 euro pro die.

Centro Diurno Integrato A. Bertolini

CDI	2010	2009	2008	2007
Posti accreditati	12	12	12	12
Posti autorizzati	3	0	0	0
Giornate presenza posti accreditati	3029	2.983	2.707	2.994
Giornate presenze posti autorizzati	340	0	0	0
Tasso di saturazione	96	95	86,76	95
Aumento rette	NESSUNO	NESSUNO	1,34	NESSUNO

L'incremento delle giornate di presenza è dovuto ai tre nuovi posti attivati nel luglio 2010. L'utente che occupa un posto autorizzato paga la medesima retta dell'utente che occupa un posto accreditato (22 euro pro die), ma la Regione non versa il contributo sanitario giornaliero di euro 29,00.

Ristorazione.

Ristorazione interna	2010	2009	2008	2007
RSA I. D'Este + CDI n° pasti	89.875	89.549	89.402	89.514
RSA L. Bianchi n° pasti	42.523	40.336	39.714	38.110
Utenti SAD c/o RSA	410	407	814	984
Personale	5.326	5.327	5.055	4.999
Altri (compreso il pasto testimone)	954	810	827	811



RSA E CDI

Criticità

Le condizioni psicofisiche degli ospiti comportano un continuo incremento dei costi sanitari e portano ad una revisione in prospettiva dell'organizzazione dei servizi: la presenza del profilo medico ed infermieristico deve essere rafforzata ulteriormente. Il 37% del personale dipendente addetto all'assistenza geriatrica (ASA/OSS) ha gravi limitazioni fisiche ed in parte è già stato destinato ad altre mansioni, con conseguente esternalizzazione delle attività di maggior impegno fisico.

La verticalità di entrambe le strutture residenziali impegna costantemente ad un adeguamento tecnologico che consenta un presidio sicuro degli ospiti, tra i quali oltre il 40% soffre di disturbi comportamentali e di orientamento spazio temporale. Urgente è l'adeguamento della RSA I. D'Este (120 posti letto distribuiti su 5 piani) e del Centro Diurno A. Bertolini, con l'istallazione di nuovi sistemi di controllo e allarme, messi a punto nel corso della sperimentazione a sostegno dei malati di Alzheimer, ad implementazione dell'esistente.

Si evidenzia che il contributo medio pro die a carico del fondo sanitario regionale, comprensivo dell'integrazione economica legata all'incentivazione che premia risultati qualitativi nell'assistenza, per l'esercizio chiuso è stata registrata in euro 41,51 nella RSA I. D'Este, che ospita il Nucleo Alzheimer dotati di 13 posti letto, remunerati con un contributo pro die di euro 52,00, ed in euro 39,41 nella RSA L. Bianchi: farmaci, presidi sanitari, presidi per incontinenti, ausili (carrozzine, deambulatori, stampelle, ecc.), integratori dietetici, assistenza medica, assistenza infermieristica e fisioterapia sono interamente a carico della struttura. A titolo meramente esemplificativo della complessità dei trattamenti il servizio di ristorazione prepara 390 pasti al giorno, dei quali 90 per vari livelli di disfagia, c.d. piatto unico, e non meno di 40 a dieta individuale.



AREA DOMICILIARITA'

Servizio Assistenza Domiciliare per Anziani e portatori di handicap.

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE	2010	2009	2008	2007
n. nuclei familiari assistiti	500	422	383	372
n. prestazioni socio assistenziali	29.988	27.066	25.301	21.617
n° pasti a domicilio	16.211	14.473	13.064	15.215
% utenti carico comunale/Progetto Alzheimer	45.70	34.25	32.55	31,15

L'incremento della percentuale di prestazioni con oneri a carico di terzi (Comune e Fondazione Cariverona) discende soprattutto dalla sperimentazione a favore dei malati di Alzheimer che hanno beneficiato per l'intero periodo di presa in carico delle prestazioni a titolo completamente gratuito, ma è in parte sintomo dell'impoverimento di quella fascia di popolazione che con maggior frequenza ricorre a questa tipologia di prestazioni.

Servizio Trasporto Protetto in partnership ONLUS Trasporto Protetto Città di Mantova/ ASPeF

Trasporti	2010	2009	2008	2007
N° prestazioni	3.397	3.153	3.302	3.148
N° chilometri	73.197	81.722	76.604	68.088

Assistenza domiciliare integrata (ADI)

Prestazioni Socio sanitarie (ADI)	2010	2009	2008	2007
N° voucher 1° profilo (euro 362,00)	27	53	62	53
N° voucher 2° profilo (euro 464,00)	20	43	46	41
N° voucher 3° profilo (euro 619,00)	30	41	36	69



N° credit	85	29	10	6
N° prestazioni sanitarie estemporanee	3.203	1.620	2.315	2.120

Sostanzialmente inalterato il volume di attività prestate in assistenza domiciliare integrata (ADI), completamente gratuite perché a carico del servizio sanitario regionale. Ad esse si accede solo su prescrizione del medico di medicina generale (medico di famiglia), previa validazione da parte del coordinatore infermieristico o fisioterapista preposto al singolo caso dall'ASL di Mantova.

Attività ambulatoriali

Servizio di Riabilitazione e Rieducazione Funzionale.

Servizio di riabilitazione *	2010	2009	2008	2007
Trattamenti di Terapia Fisica	5.376	6.338	7.589	3.634
Trattamenti in palestra	2.217	1.614	1.484	1.118
Trattamenti di idroterapia ind.	295	400	380	518
Trattamenti di Idroterapia gruppo	532	391	225	276
Trattamenti laser	1.007	1.112	216	0

Le attività e conseguentemente il fatturato prodotti dal servizio non hanno avuto un significativo aumento rispetto all'esercizio precedente, ma dobbiamo ricordare che l'attività di uno dei Terapisti della riabilitazione è stata interamente dedicata alle prestazioni erogate nel contesto del progetto Alzheimer poiché l'ASL di Mantova non ha potuto nel corso del 2010 mettere a disposizione nessuna risorsa.

AREA HANDICAP

Comunità Alloggio Handicap

	22010	2009	2008	2007
Utenti	5	5	6	6
Giornate presenza	1.825	1.856	2.196	2.190
Tasso saturazione	83%	85%	100%	100%



L'elevato livello del servizio residenziale è testimoniato dalle valutazioni espresse dalla Commissione Vigilanza dell'ASL di Mantova e dai familiari degli ospiti accolti. Tuttavia anche nel corso del 2010 non è stata raggiunta la saturazione dei posti a disposizione, elemento che stride rispetto alla pressante richiesta delle associazioni di Familiari di persone diversamente abili che sollecita l'Ente Locale per la messa a disposizione di nuove strutture.

AREA INTEGRAZIONE SOCIALE.

Dormitorio e Semi pensionato	2010	2009	2008	2007
Persone ospitate c/o Dormitorio	99	94	105	141
Periodo di permanenza media gg. Dormitorio	51.51	61.1	49,7	42,4
Periodo di permanenza media gg. Semi Pensionato	132	114	190	195
Risultati positivi * (esclusi persone in mero transito)	34	33	48	59
N° casi inviati dal Ass. Serv. Soc. MN e PdZ e Istit.	44	35	27	19
Interventi delle Forze dell'Ordine	3	2	8	6
Persone ospitate c/o semi pensionato	14	12	11	12

L'organizzazione del sistema ha tre livelli di risposta:

- Prima accoglienza
- Locazione temporanea per lavoratori e lavoratrici intra ed extra comunitari
- Sostegno nella ricerca di stabile dimora e nei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione, in particolare per le dipendenze dal alcool, stupefacenti, psicofarmaci, ecc.

Pensionato sociale	2010	2009	2008	2007
Persone ospitate	18	21	34	27
Risultati positivi (lavoro/casa)	13	19	24	26
Periodo di permanenza media gg.	233	288	152	176

Agenzia di locazione

	2010	2009	2008	2007
N° posti	40	40	40	32
N° persone ospitate: uomini	11	16	26	15
N° persone ospitate: donne	27	29	23	21



Totale	38	45	49	36
Periodo di permanenza media	Durata contratto	Durata contratto	Durata contratto	Durata contratto

Si evidenzia che la grave crisi occupazionale ha ridotto il tasso di saturazione degli alloggi disponibili in termini non drastici poiché il 70% dei fruitori sono operatori sanitari con contratti di impiego a termine presso le Aziende Sanitarie di Mantova, ASL e C. Poma.

Studentato di Via Volta

	2010	2009	2008	2007
N° posti	104	104	104	0
Totale ospiti transitati	175	182	54	0
Studenti	92	93	29	0
Lavoratori/stagisti/etc	83	89	25	0

Percorsi di studio 2010

	2010	2009
N° posti riservati	80/104	80/104
Totale transiti	92	93
Architettura	23	31
Ingegneria	3	2
Conservatorio	2	2
Infermieri/Ostetr/FKT/Educatori	55	50
Corsi professionali ASA/OSS	0	1
Altro	9	7

AREA MINORI

Centro di aggregazione Giovanile di Lunetta

CAG	2010	2009	2008	2007
Utenti abituali	198	201	199	194
Utenti occasionali	89	85	70	88
N° ore apertura settimanale	24.50	24.50	24,50	24,50
N° ore operatori	5.227	5.469	4.850	4.989



Le attività del Centro di Aggregazione Giovanile

La settimana "tipo" del CAG è strutturata in modo da alternare proposte ad accesso spontaneo con iniziative per gruppi di interesse per accedere ai quali è necessario effettuare un'iscrizione.

Attività dopo-scuola: Il servizio dopo-scuola è rivolto ai minori che frequentano la scuola dell'obbligo ed è suddiviso in due fasce. La prima è quella dei bambini della scuola elementare mentre la seconda è quella dei ragazzi della scuola media. Questo servizio intercetta un bisogno prevalentemente delle famiglie immigrate, le quali trovano difficoltà nella gestione dei compiti scolastici. Il dopo-scuola è stato completamente riorganizzato e si svolge presso il CAG e presso le aule messe a disposizione dal FUM nella contigua sede del Corso per Educatore Professionale.

Sono stati introdotti strumenti di valutazione dell'esito degli interventi

Spazio libero

Si tratta di un "momento" destrutturato in cui è possibile parlare, giocare negli spazi chiusi del centro o all'aperto e dare la possibilità ai bambini e ai ragazzi di trovare approcci di conoscenza propri con i coetanei e gli operatori del centro.

Attività strutturate

Sono momenti pensati per l'approfondimento della conoscenza reciproca e per trattare argomenti anche proposti dai ragazzi, attraverso varie attività organizzate che possono rappresentare nuove realtà e stimolare l'approfondimento su alcune tematiche di particolare interesse.

Laboratori ludici, sportivi e manuali

Spazi strutturati per stimolare la creatività e le attitudini di ogni utente del centro attraverso la manualità e l'attività fisica. Vengono proposti, ad esempio, laboratori di disegno, di musica, di giochi di ruolo, tornei di calcio.

La creazione di "gruppi di interesse" stimola i ragazzi, favorisce l'aggregazione spontanea e costringe i partecipanti a ragionare sulle regole del gruppo, sull'impegno preso e sulle condizioni migliori per raggiungere un obiettivo concreto (la creazione di un manufatto o il risultato sportivo).

Gite e uscite sul territorio



Si tratta di momenti, anche in questo caso, di aggregazione, che permettono anche di sperimentare realtà diverse e di sperimentarsi sulle norme in un ambiente diverso da quello abituale.

Servizio di Assistenza Domiciliare Minori.

SADM	2010	2009	2008	2007
N° medio utenti in carico	34	30	27	24
N° ore operatori	10.300	8.300	7.507	6.401
N° utenti presi in carico	14	7	5	8
N° utenti dimessi	10	4	2	3

Sempre più critica è la situazione, atteso il numero e la complessità dei casi in trattamento

Servizio Affidi.

Il Servizio Affidi Familiari anche nell'anno 2010 ha svolto attività di promozione per sensibilizzare la comunità riguardo la cultura dell'accoglienza e della solidarietà; le famiglie interessate all'esperienza di accoglienza di un minore possono contattare il Servizio e intraprendere un percorso di formazione che le aiuta a capire se la disponibilità espressa inizialmente possa effettivamente concretizzarsi nell'accoglienza di un minore nella propria famiglia.

Il Servizio offre importanti sostegni alla famiglia affidataria: poiché è opinione condivisa che i nuclei famigliari, quando si aprono all'accoglienza abbiano bisogno di forme diverse di accompagnamento e supporto, vincente è stata l'adozione di strumenti che consentano di monitorare le dinamiche relazionali quali colloqui di sostegno, visite domiciliari, lavoro di rete, il supporto nelle relazioni con la scuola e con le diverse agenzie presenti sul territorio.

Nel corso del 2010 il numero delle famiglie che si sono rese disponibili al percorso di accoglienza è passato da 35 (2009) a 43. Un dato importante e significativo che testimonia del lavoro svolto per sensibilizzare la comunità e acquisire nuove disponibilità ad accogliere minori in un temporaneo stato di disagio. Gli affidi in corso sono 21, di cui 10 attivati nell'esercizio 2010. Si tratta di numeri significativi, la concreta alternativa all'affido è infatti l'inserimento in comunità.



Tutti i servizi di pertinenza dell'Area Minori sono ad accesso gratuito. I finanziamenti provengono dal Comune, dall'ASL e dal Piano di Zona dei Comuni del Distretto Sociale di Mantova.

PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' IN MATERIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA STRESS LAVORO-CORRELATO

In allegato si allega il documento afferente la prima fase di attuazione dell'art. 28, comma 1, del D.lgs. 81/2008 e s.m.i., sulla valutazione del rischio da stress lavoro correlato, integrativo del documento di valutazione dei rischi nei luoghi di lavoro dell'Azienda.

DPS EX ART. 34, COMMA 1, lett. G), DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 196/2003 e s.m.i.

In base alla vigente normativa, si allega copia del Documento Programmatico sulla sicurezza redatto ai sensi e per gli effetti dell'art. 34, comma 1, lett. G) del D.lgs. 196/2003 e del disciplinare tecnico allegato al medesimo decreto sub B), aggiornato al 28 marzo 2011.

* * * * *

Per l'esame analitico dei singoli centri di responsabilità si rinvia ai Bilanci Economici Sezionali allegati.

Mantova, 28 marzo 2011.

IL DIRETTORE GENERALE
Graziella Eugenia Ascari