



GICA gruppo d'interesse case anziani

Evoluzione del ruolo del responsabile delle cure

Responsabile delle cure in istituti di cura per persone anziane



Elaborato da:

Anna Abbondanza, Nicoletta Casartelli, Morena Generelli
Michele Battaglia, Antonio Maio, Claudio Nizzola

Consulente:

Signora Michela Tomasoni

Chiasso, Novembre 2007

SOMMARIO

1. ABSTRACT.....	4
2. INTRODUZIONE	5
3. METODOLOGIA DEL LAVORO	6
4. EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA	8
4.1 LE MATRICI.....	8
4.1.1 <i>Matrice culturale</i>	8
4.1.2 <i>Matrice religiosa</i>	8
4.1.3 <i>Matrice sociale</i>	8
<i>L'assistenza è legata ad un'evoluzione positiva del concetto di salute. Con la nascita dello stato di diritto, la salute diventa progressivamente un diritto del cittadino, e la cura della salute diventa un dovere della società. ...</i>	8
4.1.4 <i>Matrice professionale</i>	8
5. EVOLUZIONE DELLE CASE ANZIANI DEL CANTONE TICINO	9
6. TIPOLOGIA DEGLI ISTITUTI DI CURA ,CARATTERISTICHE DELL'UTENZA E CONTESTI ORGANIZZATIVI	10
7. CAMBIAMENTI SIGNIFICATIVI DAL 2003 AL 2005	13
7.1 DIRETTIVE SULLA QUALITA'	13
7.2 CONTRATTI DI PRESTAZIONE	13
7.3 NUOVE FORMAZIONI PROFESSIONALI IN AMBITO- SANITARIO.....	14
7.4 NORMATIVE E DIRETTIVE SANITARIE CHE DISCIPLINANO LE CASE ANZIANI DEL CANTONE TICINO	14
8. EVOLUZIONE DELLA FIGURA DEL RESPONSABILE DEL SETTORE DELLE CURE PER EFFETTO DEI CAMBIAMENTI IN ATTO	15
8.1 UN PRIMO PROFILO DEL RC.....	15
9. CONVERGENZE, DIVERGENZE E COMPLESSITA' DELLA FUNZIONE DEL RC	16
10. ANALISI DELLE ATTIVITA' E COMPETENZE DEL RESPONSABILE DELLE CURE	17
TAB. N° 7 RIPARTIZIONI IN PERCENTUALE DELLE FUNZIONI COMUNI.....	19
11. VALUTAZIONE DEI PUNTI FORTI E DEI PUNTI CRITICI DELLA SITUAZIONE ATTUALE DEI RESPONSABILI DELLE CURE.....	21
PUNTI CRITICI DELLA SITUAZIONE ATTUALE	21
12. PROSPETTIVE FUTURE	22

13. NUOVO PROFILO ED EVOLUZIONE DEL RESPONSABILE DELLE CURE.....	22
IN FUNZIONE DI QUESTI NUOVI ORIENTAMENTI IL PROFILO DEL R.C., RISPETTO ALLE ATTIVITÀ DESCRITTE IN PRECEDENZE LO ABBIAMO RIESAMINATO COME SEGUE (TAB 8)	22
14. CONCLUSIONI.....	29
15. RINGRAZIAMENTI.....	30
16. BIBLIOGRAFIA.....	31
17. ALLEGATI.....	33
<i>Requisiti professionali.....</i>	<i>33</i>
<i>Attitudini personale.....</i>	<i>33</i>
<i>Posizione gerarchica.....</i>	<i>33</i>
<i>Posizione di collaborazione</i>	<i>33</i>
AREE DI COMPETENZA	34
GESTIONE	34
MATERIALE SANITARIO IN GENERE.....	34
CLINICA	34
FORMAZIONE.....	34
RICERCA	34
ALLEGATO N° 2 ATTIVITA' E COMPETENZE COMUNI DEL RC	35
INCOGNITA DEL RISCHIO	40

1. ABSTRACT

In questi ultimi anni, almeno sul piano teorico viene affermata e sostenuta la necessità, per il Responsabile delle Cure, di una convergenza diversificata di competenze professionali, di un sapere multi-disciplinare e di una dimensione di pluri-esperienza nell'approccio alle problematiche della gestione delle équipes.

La necessità della costruzione di un profilo professionale, oltre che a richiamare aspetti valoriali, è strettamente collegata dalla presenza, nella società attuale, di elementi quali: la complessità dei bisogni, la complessità delle cure, la limitatezza e scarsità delle risorse, la spinta delle grandi trasformazioni organizzative delle istituzioni.

Nell'opera vengono raccontate in modo semplice in una sorta di "unicum" le dinamiche del rapporto di lavoro quotidiano permettendo di far crescere la consapevolezza dell'effettivo ruolo dirigenziale che il responsabile ricopre nelle strutture geriatriche.

La spinta a formalizzare questo lavoro è quella di definire una figura professionale in linea coi tempi, che superi quella descritta, nei soliti mansionari.

2. INTRODUZIONE

Il gruppo Gruppo Interesse **Case Anziani (GICA)** dell' **Associazione Svizzera Infermieri (ASI)**, nato nel 1993 è composto da infermieri Responsabili delle Cure (RC) delle case per anziani del Cantone Ticino.

Dall'inizio della sua costituzione, come gruppo di lavoro ASI, i suoi componenti si incontrano per affrontare problemi comuni, condividere varie soluzioni adottate nelle proprie organizzazioni ma soprattutto costruire l'identità professionale di questa figura operante nella casa per anziani (CPA).

Da tre anni a questa parte, alla luce dei cambiamenti in atto nel settore socio-sanitario quali: contratti di prestazione, criteri di qualità, contabilità analitica, l'introduzione del Resident Assessment Instrument (RAI), il contenimento dei costi, formazione e ripartizione delle nuove figure professionali nelle Cpa, e alla crescente complessità delle prestazioni richieste dall'utenza, il gruppo GICA ha deciso di analizzare le attività svolte attualmente dal responsabile delle cure (RC).

Da questa prima analisi, è scaturita la necessità di approfondire le competenze richieste a questa figura professionale operante negli istituti per anziani e in particolare, ci si è interrogati sull'evoluzione del ruolo del responsabile settore cure.

Nel 2002 il gruppo GICA nell'ambito della sua assemblea annuale presentò, alle direzioni amministrative delle case per anziani, al comitato ASI, alle scuole sanitarie infermieristiche ed alle autorità cantonali, il profilo del responsabile delle cure.

Da quel incontro scaturì la necessità di un approfondimento prospettivo di tale profilo.

Dal lavoro di approfondimento delle ricerche, il gruppo si è posto i seguenti obiettivi:

1. Analizzare il contesto lavorativo attuale del responsabile delle cure nelle case per anziani.
2. Prefigurare gli scenari futuri di questa figura professionale
3. Proporre un nuovo profilo del responsabile settore cure che opererà nei differenti istituti per anziani, alla luce dei cambiamenti in corso
4. Inoltre il gruppo GICA si prefigge di:
 - Potere divenire interlocutore specifico in collaborazione con altri professionisti per tutte le questioni concernenti gli aspetti geriatrici in istituto.
 - Contribuire alla promozione della professione infermieristica e allo sviluppo professionale del responsabile delle cure.

3. METODOLOGIA DEL LAVORO

Illustriamo sinteticamente le fasi che hanno portato alla realizzazione del presente lavoro.

Fasi



Fase 1

Raccolta documenti scritti (mansionari) esistenti negli Istituti Ticinesi e della Svizzera Romanda.

Raccolta documenti scritti esteri di lingua italiana e francofona.

Interviste a colleghi

Comparazione del materiale raccolto.

Elaborazione di un primo progetto di profilo del responsabile delle cure.

Presentazione assemblea annuale GICA 2002.



Fase 2

Suggerimenti, critiche, (ASI, Scuole, Infermieristiche ARODEMS).

Rielaborazione con il consulente (Sign. D'Ambrogio).

Ricerca bibliografica

Approfondimento di vari concetti.

Analisi in tre realtà di Case per Anziani (struttura piccola, media, e grande).



Fase3

Produzione del presente documento.

Presentazione del lavoro al comitato ASI.

Presentazione del lavoro all'assemblea annuale GICA.

Pubblicazione.

Abbiamo, per prima cosa raccolto documenti scritti (mansionari) esistenti negli istituti ticinesi e della Svizzera Romanda, al fine di poter iniziare a comprendere la situazione attuale.

- Ci siamo poi chinati su documenti scritti che provenivano dall'estero, di lingua italiana e francese.
- Abbiamo contattato e intervistato colleghi.

Questa fase di raccolto dati ha poi richiesto una comparazione del materiale, con il risultato di un primo progetto di profilo del responsabile delle cure.

Il progetto è stato presentato all'assemblea annuale GICA del 2002.

A questa presentazione ha fatto seguito un grosso contributo di suggestione, critiche da diversi ambiti (ASI, Scuole Infermieristiche, ARODEMS), che hanno dato spunto a una nuova riflessione.

- Rielaborazione con consulente.
- Rielaborazione che ha richiesto, anzitutto una ricerca bibliografica, per permettere un approfondimento di vari concetti.
- Analisi dell'evoluzione delle case Anziani del Ticino e relativi aspetti normativi e legislativi.
- Profilo competenze

In questa seconda fase abbiamo analizzato la realtà di 3 Case anziani (struttura piccola, media, grande), per poter confrontare le diverse realtà e evidenziare gli aspetti comuni.

L'ultima fase ci ha visti impegnati rispettivamente:

- Nella produzione del presente documento.
- Nella presentazione del lavoro svolto al comitato ASI.
- Nella presentazione del lavoro all'assemblea annuale GICA
- Da ultimo la pubblicazione.

4. EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

La realtà sanitaria e con essa l'assistenza infermieristica, oggi risultano essere molto complesse, in continua e rapida evoluzione, differenziate e caratterizzate generalmente, da un aumento delle responsabilità nell'assunzione del ruolo di chi assiste, ciò non è casuale ma è frutto di un percorso che, per capirne il senso bisogna rifarsi a quelle che sono le sue matrici storiche.

4.1 LE MATRICI

In effetti l'assistenza ha origini molto remote; secondo il prof. Duilio Manara sono quattro le matrici dalle quali se ne ricava l'impronta e il suo percorso di trasformazione nel tempo.

4.1.1 Matrice culturale

Le cure sono strettamente legate all'ambiente e alle abitudini di vita ,sono prodigate dalle donne e atte ad assicurare il mantenimento della vita.

4.1.2 Matrice religiosa

Con l'avvento del cristianesimo, l'assistenza si è orientata verso il principio dell'altruismo, della solidarietà e le cure ai bisognosi venivano prodigate da religiosi.

4.1.3 Matrice sociale

L'assistenza è legata ad un'evoluzione positiva del concetto di salute. Con la nascita dello stato di diritto, la salute diventa progressivamente un diritto del cittadino, e la cura della salute diventa un dovere della società.

4.1.4 Matrice professionale

La professione nasce quando il “buon senso”, le tradizioni o le nozioni popolari non bastano più a garantire la risoluzione di un particolare bisogno avvertito dalla popolazione. E' quindi l'evoluzione del sapere infermieristico che diventa il vero motore del processo di professionalizzazione”.¹

Alla luce di questi quattro punti possiamo dire senza ombra di dubbio che, ciò che prima era considerata una missione da retaggi culturali, l'assistenza oggi si inserisce fra le discipline più nobili della medicina supportata da evidenza e sapere scientifico.

¹ Duilio, Manara. Atti del congresso ASI 2004, Lugano

5. EVOLUZIONE DELLE CASE ANZIANI DEL CANTONE TICINO

Fino agli anni '70 il luogo dove venivano accolte le persone anziane era comunemente chiamato **ospizio o ricovero**.

Con la legge Cantonale del 25 giugno 1973 concernente il coordinamento e il sussidiamento delle attività a favore delle persone anziane, e l'introduzione dell'articolo 101 bis nella legge dell'assicurazione vecchiaia e superstiti (LAVS) con effetto dal 1° gennaio 1975, attraverso i contributi Cantionali e Federali, attivarono i comuni singolarmente o riuniti in consorzio al fine di poter usufruire dei finanziamenti.

Questi finanziamenti, ne permisero di progettare e realizzare le attuali case per **anziani medicalizzate** e fronteggiare così il fabbisogno di posti letto e per rispondere all'inadeguatezza di quelli esistenti.

Qui di seguito elenchiamo i fattori più significativi che hanno determinato in questi ultimi trenta anni l'evoluzione delle case per anziani in Ticino:

- La realizzazione delle nuove “case per anziani medicalizzate” da parte dei comuni e non più da fondazioni o congregazioni religiose.
- Il notevole invecchiamento della popolazione
- La pianificazione dell'Ente Ospedaliero Cantonale.
- La pianificazione dell'Organizzazione Socio Psichiatrica Cantonale.
- L'aumento delle patologie psicogeriatriche.
- La provenienza degli anziani che vi arrivano sempre più dagli ospedali e non dal domicilio.
- La diversità culturale, sociale e religiosa sempre maggiore degli anziani negli istituti.
- L'evoluzione delle professioni infermieristiche (da una presenza prevalente di personale religioso ad una presenza quasi esclusiva di personale laico).
- La legge del 18 aprile 1989 sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge Sanitaria).
- La legge sull'assicurazione malattia del 18 marzo 1994 (LAMal)
- Il finanziamento dei costi delle case per anziani
- L'introduzione dei contratti di prestazione.
- L'evoluzione del ruolo sociale della famiglia.
- L'evoluzione dei differenti ruoli professionali in ambito sociosanitario.

Questi fattori ed altri meno evidenti hanno attribuito di fatto alla casa per anziani “medicalizzata” un ruolo di istituzione Sanitaria importante per la salute della collettività.

6. TIPOLOGIA DEGLI ISTITUTI DI CURA ,CARATTERISTICHE DELL'UTENZA E CONTESTI ORGANIZZATIVI

Nel Cantone Ticino vi sono 66 Case per anziani sussidiate ed è “convenzione” nel settore parlare di tre tipologie di strutture legate alla loro dimensione:

- a) Piccola Da 25 a 50 utenti
- b) Media Da 51 a 80 utenti
- c) Grande Da 81 a 162 utenti

Gli anziani vengono ammessi nelle CPA quando i servizi del territorio si rivelano insufficienti a garantire loro le prestazioni sociosanitarie di cui necessitano al loro domicilio.

Per quanto riguarda la tipologia dell'utenza , ogni istituto di cura accoglie gli anziani domiciliati nei propri comuni e/o comprensori, offrendo una gamma di prestazioni estremamente differenziata perché in ogni caso non sono ancora stati realizzati istituti specializzati, con valenza cantonale, per l'accoglienza di anziani con specifiche patologie (alzheimer, dializzati, casi terminali,...).

Le tabelle 1 e 2 sottostanti mostrano alcuni aspetti sul percorso evolutivo di queste strutture in termini di complessità organizzativa, prendendo in considerazione dal 1988 al 2004 le caratteristiche della popolazione che le ha abitate,sotto il profilo del sesso età, grado di dipendenza e possessori di AGI.

Possiamo notare dunque, che innanzitutto il numero di residenti risulta aumentato, è aumentata inoltre l'età media nonché, quelli con grado di dipendenza elevato, va da se che parallelamente, i possessori di AGI risultano anch'essi aumentati;

Tutta la serie di questi fattori concomitanti associati ad altri che descriveremo in seguito hanno giocato e giocano tuttora un ruolo determinante nelle dinamiche organizzative delle case anziani.

Tab 1

Case per anziani: ospiti alla fine dell'anno, secondo il sesso, la classe d'età e il grado di dipendenza¹, in Ticino, dal 1988

	1988	1990	1995	1996	1997	1998 ²	1999	2000	2001	2002	2003	2004	% 1988	% 2004
Totale ospiti	2'429	2'729	3'555	3'575	3'599	3'694	3'695	3'719	3'827	3'832	3'906	3'988	100,0	100,0
Fino a 64 anni	98	110	146	140	133	120	124	112	106	109	95	95	4,0	2,4
65-79enni	771	742	736	708	703	742	729	724	755	745	808	804	27,2	20,2
+ 80 anni	1'560	1'877	2'673	2'727	2'763	2'832	2'842	2'883	2'966	2'978	3'003	3'089	68,8	77,5
Uomini	548	624	778	782	796	815	774	776	874	831	867	911	100,0	100,0
Fino a 64 anni	40	49	73	69	60	57	59	55	53	54	42	45	7,9	4,9
65-79enni	213	211	202	209	227	235	221	232	251	249	263	274	33,8	30,1
+ 80 anni	295	364	503	504	509	523	494	489	570	528	562	592	58,3	65,0
Donne	1'881	2'105	2'777	2'793	2'803	2'879	2'921	2'943	2'953	3'001	3'039	3'077	100,0	100,0
Fino a 64 anni	58	61	73	71	73	63	65	57	53	55	53	50	2,9	1,6
65-79enni	558	531	534	499	476	507	508	492	504	496	545	530	25,2	17,2
+ 80 anni	1'265	1'513	2'170	2'223	2'254	2'309	2'348	2'394	2'396	2'450	2'441	2'497	67,2	81,2
Età media	81,3	82,0	83,4	83,6	83,8	84,0	84,3	84,5	84,8	84,9	84,6	84,7	...	...
Uomini	79,0	79,3	80,3	80,3	80,5	80,7	80,9	80,8	81,6	81,4	81,7	81,8	...	...
Donne	82,0	82,8	83,4	84,6	84,8	85,0	85,2	85,5	85,7	85,8	85,5	85,5	...	...
Totale 3¹	2'429	2'729	3'555	3'575	3'599	3'694	3'695	3'719	3'833	3'851	3'920	4'004	100,0	100,0
0	...	...	...	...	160	136	146	152	447	419	371	357	...	8,9
I	609	597	389	326	219	180	175	131	...	...	...	...	21,9	...
II	792	938	1'048	1'011	1'068	1'072	983	919	968	860	871	814	34,4	20,3
III	974	1'193	2'118	2'238	1'339	1'315	1'290	1'353	1'140	1'276	1'275	1'351	43,7	33,7
IV	...	...	...	...	813	990	1'100	1'165	1'278	1'296	1'403	1'482	...	37,0
Non si sa	54	1	0	0	0	0	1	1	-	-	-	-	...	-
Uomini	548	624	778	782	796	815	774	776	...	...	...	...	100,0	...
0	...	...	...	...	47	42	40	48	...	...	...	...	...	...
I	167	160	92	89	50	48	44	35	...	...	...	...	25,6	...
II	190	219	270	258	257	253	225	215	...	...	...	...	35,1	...
III	187	245	416	435	275	271	247	254	...	...	...	...	39,3	...
IV	...	...	...	...	167	201	218	224	...	...	...	...	...	...
Non si sa	4	0	0	0	...	0	0	0	...	...	...	...	0,7	...
Donne	1'881	2'105	2'777	2'793	2'803	2'879	2'920	2'943	...	...	...	...	100,0	...
0	...	...	...	...	113	94	106	103	...	...	...	...	...	...
I	442	437	297	237	169	132	131	96	...	...	...	...	20,8	...
II	602	719	778	753	811	819	758	704	...	...	...	...	34,2	...
III	787	948	1'702	1'803	1'064	1'044	1'043	1'099	...	...	...	...	45,0	...
IV	...	...	...	...	646	789	882	941	...	...	...	...	...	...
Non si sa	50	1	0	0	...	1	0	0	...	...	...	...	2,6	...

¹Più il grado è elevato, più la persona è dipendente dalle cure. A partire dal 1997, il grado di dipendenza è calcolato senza il "capitolo 13" della griglia Paillard. Fino al 1996: 13-19 punti = I, 20-33 = II, 34-65 = III. Dal 1997: 12-15 = 0, 16-19 = I, 20-33 = II,²A partire dal 1998, dati al 31.12.³A partire dal 2001, i dati sul grado di dipendenza comprendono gli ospiti presi a carico nei centri diurni. Per questo motivo questo totale non coincide più con il totale indicato per gli ospiti che risiedono nella struttura.Fonte: fino al 2000: Dipartimento della sanità e della socialità, Ufficio del medico cantonale (rilevamento sociodemografico), Bellinzona; elaborazione: Dipartimento della sanità e della socialità, Sezione sanitaria, Bellinzona
Dal 2001: statistica federale intra-muros, Ustat

Ustat, ultima modifica: 26.10.2005

T_140202_01C_20041220

Tab. N°2

Istituti socio-sanitari: residenti e ospiti diurni, secondo alcune caratteristiche, in Ticino, nel 2004

Assegno Grande invalido "AGI"

Durata delle cure

	Totale	senza AGI	Con AGI	di cui elevato	% con AGI	% con AGI Grado elevato	Totale	Fino a 1 h	Da 1h a 3 ore	Da 3h a 5h	Oltre 5h
Totale generale	5'253	2'637	2'584	1'648	49.2	31.4	5'253	801	1'016	1'649	1'776
Case per anziani (CPA)	4'004	1'838	2'134	1'402	53.3	35.0	4'004	357	814	1'351	1'432
Cpa sussidiate	3'218	1'440	1'778	1'178	55.3	33.6	3'218	238	635	1'097	1'248
Cpa private	786	398	356	224	45.3	28.5	786	119	179	254	234
Istituti per invalidi	829	416	413	226	49.8	27.3	829	221	124	256	217
Adulti sussidiati	699	294	405	225	57.90	32.2	699	221	124	180	163
Adulti sussidiati	9	1	8	1	88.9	11.1	9	0	0	0	9
Minorenni	39	39	0	0	0	0	39	0	0	21	18
Istituti misti, parte minorenni	82	82	0	0	0	0	82	0	0	55	27
Centri per la cura dell'alcolismo	23	23	0	0	0	0	23	0	23	0	0
Centri per cura tossicodipendenze	88	88	0	0	0	0	88	48	15	0	25
Istituti per casi psicosociali	220	183	37	20	16.8	9.1	220	102	24	42	52
Case di cura "Kurahäuser, Kurhotel"	89	89	0	0	0	0	89	73	16	0	0

Compresi i casi sconosciuti.

Ustat ultima modifica 20.12.2004

7. CAMBIAMENTI SIGNIFICATIVI DAL 2003 AL 2005

Altri cambiamenti importanti legati all'evoluzione ed alla gestione cantonale delle case per anziani sono intervenuti dal 2003 al 2005, in particolare citiamo:

7.1 DIRETTIVE SULLA QUALITA'

- Dicembre 2003 direttiva concernete l'autocertificazione di conformità (Direttive sulla qualità 15.12.2003) emanata dall'ufficio del medico cantonale.
Tale autodichiarazione è lo strumento con il quale la casa per anziani comprova il rispetto dei requisiti di qualità (requisiti strutturali, procedurali e requisiti di risultato) e comporta l'assunzione di responsabilità dell'istituto di cura.
- Introduzione dello strumento R.A.I nelle case per anziani del Cantone Ticino (è uno strumento di valutazione multidimensionale del "paziente geriatrico").²
Il RAI permette di valutare e raccogliere sistematicamente informazioni relative all'anziano consentendo all'equipe curante di determinare in modo più oggettivo ed attendibile gli obiettivi e le decisioni inerenti la presa a carico del Residente.
Sul piano amministrativo le informazioni raccolte sono utili in materia di pianificazione e gestione delle risorse umane e risorse finanziarie.

7.2 CONTRATTI DI PRESTAZIONE

Il 5 giugno del 2005 il Gran Consiglio ticinese ha decretato che il sussidiamento a enti, istituti, associazioni, fondazioni e aziende autonome nei settori di competenza del *Dipartimento delle opere sociali* deve avvenire tramite un contratto globale.

Il contributo viene erogato mediante un contratto di prestazione.³

Gli obiettivi generali di questo processo di trasformazione, da un sistema di copertura del deficit ad un sistema di contributo globale mediante il contratto di prestazione, sono:

- rafforzare l'autonomia e l'attribuzione di maggiore responsabilità degli enti sussidiati,
- incentivare il contenimento dei costi
- favorire l'efficacia e l'efficienza ed accessibilità dei servizi

² <http://www.ti.ch/CAN/SegGC/comunicazioni/GC/odg-mes/rapporti/5478-r.htm>

³ http://www.ti.ch/dss/temi/pian-osp/archivio/mandati_di_prestazione1_f.html

7.3 NUOVE FORMAZIONI PROFESSIONALI IN AMBITO- SANITARIO

La modifica della Costituzione Federale del 1999 e le conseguenti leggi ha obbligato i Cantoni a riorganizzare i propri settori per la formazione professionale.

Con l'ordinanza del 6 giugno 2002, è stata istituita una nuova figura socio-sanitaria della "operatrice/ore socio-sanitaria/o qualificata/o", che nella nostra realtà cantonale, viene ad operare prevalentemente nelle case per anziani.

Questa nuova formazione professionale ha "trasformato" le CpA in aziende formatrici, comportando per l'organizzazione infermieristica l'assunzione della responsabilità della sua formazione, potenziando l'attività delle CPA nel campo della formazione.

Inoltre dal 2006 avrà inizio presso la Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) la formazione a livello terziario dell'infermiere (la formazione universitaria di base degli infermieri esiste già da decenni nei paesi limitrofi alla Svizzera); da un trentennio anche in Svizzera sono presenti una serie di specializzazioni e formazioni universitarie, in gestione, clinica e pedagogia che permettono agli infermieri di uniformarsi ai colleghi europei.

7.4 NORMATIVE E DIRETTIVE SANITARIE CHE DISCIPLINANO LE CASE ANZIANI DEL CANTONE TICINO

Nel 1985 l'allora Dipartimento delle opere sociali istituì presso l'ufficio del Medico Cantonale la figura della **Consulente infermieristica** con lo scopo di vigilare sull'assistenza infermieristica erogata nelle istituzioni socio sanitarie.

L'articolo 80 della Legge Sanitaria, stabilisce che per l'esercizio di una casa di cura o di riposo è necessaria l'autorizzazione del Consiglio di Stato.

Secondo l'art. 81 della Legge, la concessione dell'autorizzazione è

- subordinata all'accertamento della disponibilità di una direzione sanitaria e amministrativa, di un numero adeguato di operatori sanitari, strutture, servizi e attrezzature sanitarie e di un'organizzazione interna atti a garantire le premesse di sicurezza dei pazienti, di qualità delle prestazioni e delle cure.-⁴

Ogni casa per anziani deve quindi disporre di una **direzione sanitaria**, di una **direzione amministrativa** e di una **organizzazione interna** per garantire la sicurezza e la qualità delle prestazioni di cura; ed è di quest'ultimo fattore di cui risponde e deve dare ragione il Responsabile delle Cure di ogni CPA.

Gli infermieri Responsabili delle Cure o Capo infermieri o Capo strutture o chiamati in altri modi, sono coloro che di fatto hanno, come priorità del loro ruolo, la responsabilità dell'organizzazione e il coordinamento del settore cure (assistenza infermieristica) nella casa per anziani.

⁴ Legge Sanitaria del 18 aprile 1989. art. 81, cpv.1

8. EVOLUZIONE DELLA FIGURA DEL RESPONSABILE DEL SETTORE DELLE CURE PER EFFETTO DEI CAMBIAMENTI IN ATTO

Dopo avere preso in considerazione il quadro legislativo, storico e demografico, desideriamo analizzare funzioni, incarichi e responsabilità di chi pure ha subito uno scossone importante sotto il profilo dell'evoluzione e che occupa un ruolo importante nella gestione di tali strutture (Responsabile del settore cure in seguito R.C.), col fine di trarre indicazioni utili per ridefinire le competenze e valutare inoltre, alla luce dei mutamenti in atto, le implicazioni in una prospettiva futura.

In effetti i cambiamenti avvenuti nei primi anni di questo nuovo secolo, hanno determinato un impatto importante sulle funzioni del Responsabile delle Cure. Infatti egli è chiamato a:

- L'introduzione di un progetto di gestione della qualità.
- L'informatizzazione delle strutture.
- L'assicurazione di un livello qualitativo delle prestazioni erogate nel rispetto del budget concordato.

Inoltre deve:

- Implementare e sviluppare il concetto e la funzione di azienda formatrice.
- Sviluppare nuove competenze manageriali e di leadership in tutto il personale (project management)

8.1 UN PRIMO PROFILO DEL RC

Fin dalla costituzione del Gruppo GICA si sentiva la necessità di dare una connotazione uniforme al Profilo del Responsabile delle Cure nelle CpA. In quanto, non solo ogni realtà di CpA lo definisce in modo diverso (capo infermiere, infermiere responsabile, responsabile del settore cure, responsabile delle cure, capo struttura, responsabile delle risorse umane...), ma con dei "mansionari" estremamente diversi in termini di ruolo, funzione, attività e "potere discrezionale" sia formale sia informale attribuiti nell'ambito dell'istituto.

Tutto ciò in parte è giustificato per la rapidità con cui sono state create queste nuove strutture medicalizzate.

Da un primo lavoro di gruppo, analizzando i vari mansionari si elaborò un documento "Profilo del Responsabile delle cure in casa anziani" [**Allegato N°1**]

Lo scopo era di creare un documento unico che qualificasse e uniformasse le varie identità attribuite a questa figura professionale.

9. CONVERGENZE, DIVERGENZE E COMPLESSITA' DELLA FUNZIONE DEL RC

Un quadro pressoché completo sulle attività svolte dal R.C. di ogni singolo Istituto in ticino, l'abbiamo ottenuto prendendo in esame tre contesti diversificati sotto il profilo della disponibilità di posti letto:

- 49 posti letto
- 162 posti letto
- 180 posti letto

Quindi abbiamo evidenziato le attività mediante timing e di seguito analizzate nello specifico secondo la procedura della (**Tab 3**).

Tab. N° 3

1. Descrizione dell'attività di un contesto specifico.	Osservazione sistemica con elenco cronologico delle attività e dei compiti svolti, relativo tempo impiegato durante una giornata di lavoro.
2. Colloquio con un collega.	Sulla scorta dei colloqui SOSIA il collega ascolta e interpella quanto fatto. Ciò consente di completare e validare.
3. Elenco delle attività, funzioni principali.	Sulla scorta dell'analisi è possibile evincere le funzioni principali svolte sia per la singola struttura, sia per le tre strutture.
4. Profilo delle principali competenze del RC e comportamenti associati.	Scelta di criteri e precisazione di indicatori in relazione alle quattro aree di competenza (disciplinari, gestionali/manageriali, personali, relazionali/interpersonali) sono state scelte 9 criteri (su 33) ritenuti significativi per descrivere il comportamento.

Ciò ha messo in evidenza anche una complessità del ruolo che si delinea nella dinamica dell'organizzazione che i RC sono chiamati a gestire e il contesto nel quale essa è inserita. Vale a dire come i molteplici elementi che la compongono (interni, esterni) interagiscono fra loro a fronte delle caratteristiche intrinseche di ognuno, per esempio:

- Differenziazione e integrazione dei vari professionisti
- Autonomia dei collaboratori
- Standardizzazione dei processi operativi
- Interdipendenza delle attività
- Fabbisogno di cure dei residenti
- Relazioni con i familiari dei residenti

Il responsabile delle cure quindi, che gestisce tale organizzazione, a fronte di decisioni da prendere più o meno rapide, deve:

- saper coordinare e far lavorare in modo integrato più professionisti con specializzazioni diversificate
- nonostante l'autonomia degli operatori, saper standardizzare i processi operativi per meglio programmare i tempi e le risorse
- saper valutare il grado d'interdipendenza di un servizio rispetto ad un altro e integrare le loro attività per meglio raggiungere un obiettivo comune.

La complessità dunque sta nel saper cogliere gli elementi chiave che esprimono una certa criticità di una situazione prevedibile o meno, che influenzano più degli altri i comportamenti, le attività e i risultati, analizzarli con una visione sistemica quindi, saper proporre interventi correttivi; in altre parole, saper rendere semplice ciò che è complesso per coloro che operano sul campo.

10. ANALISI DELLE ATTIVITA' E COMPETENZE DEL RESPONSABILE DELLE CURE

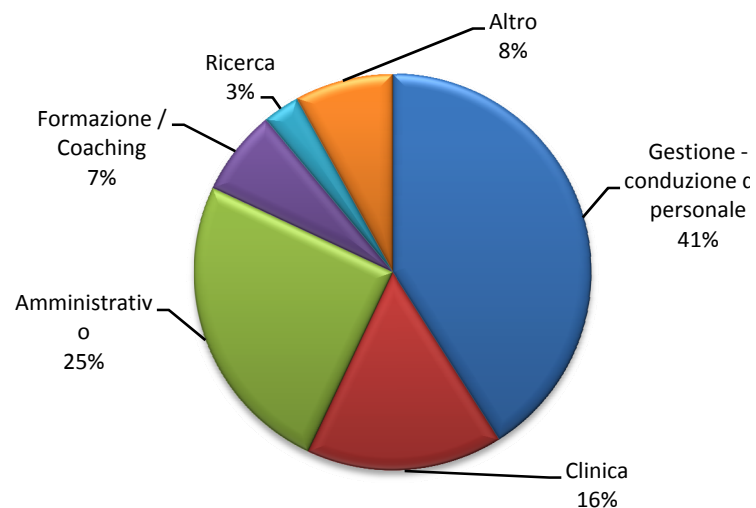
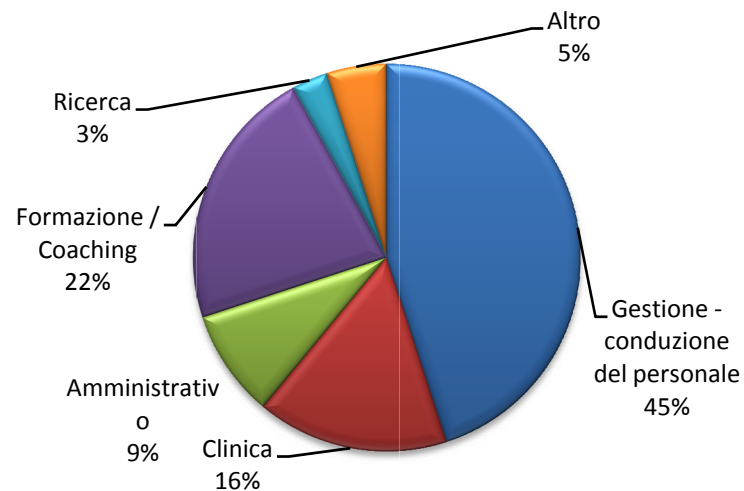
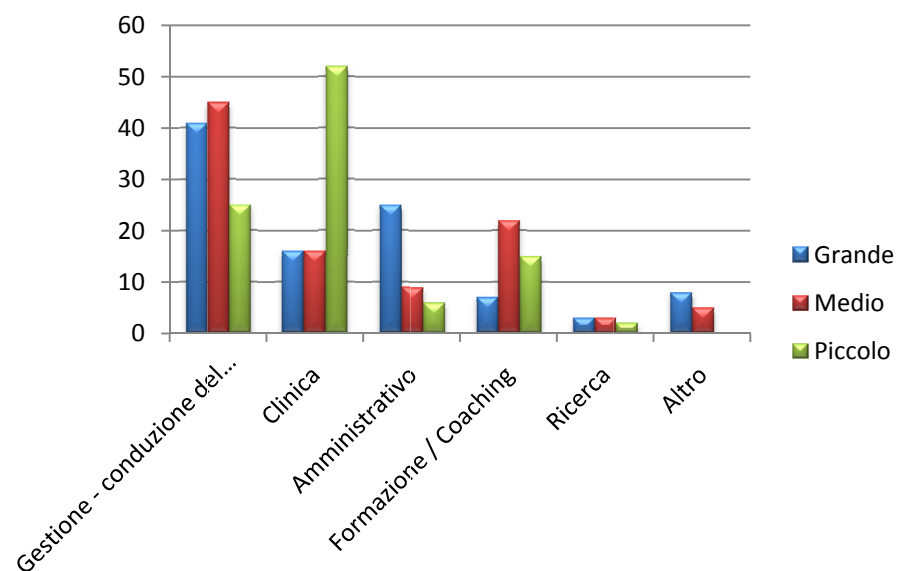
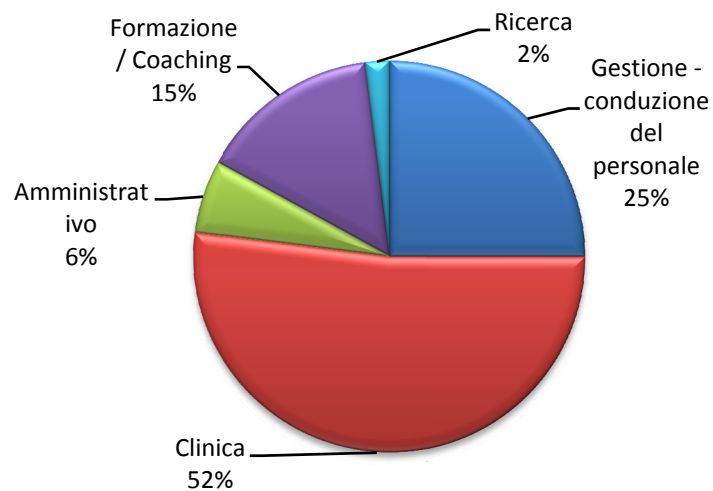
L'analisi delle tre situazioni ha consentito di indicare 9 attività principali comuni che si evidenziano nella (Tab 4) sottostante:

Tab. N° 4

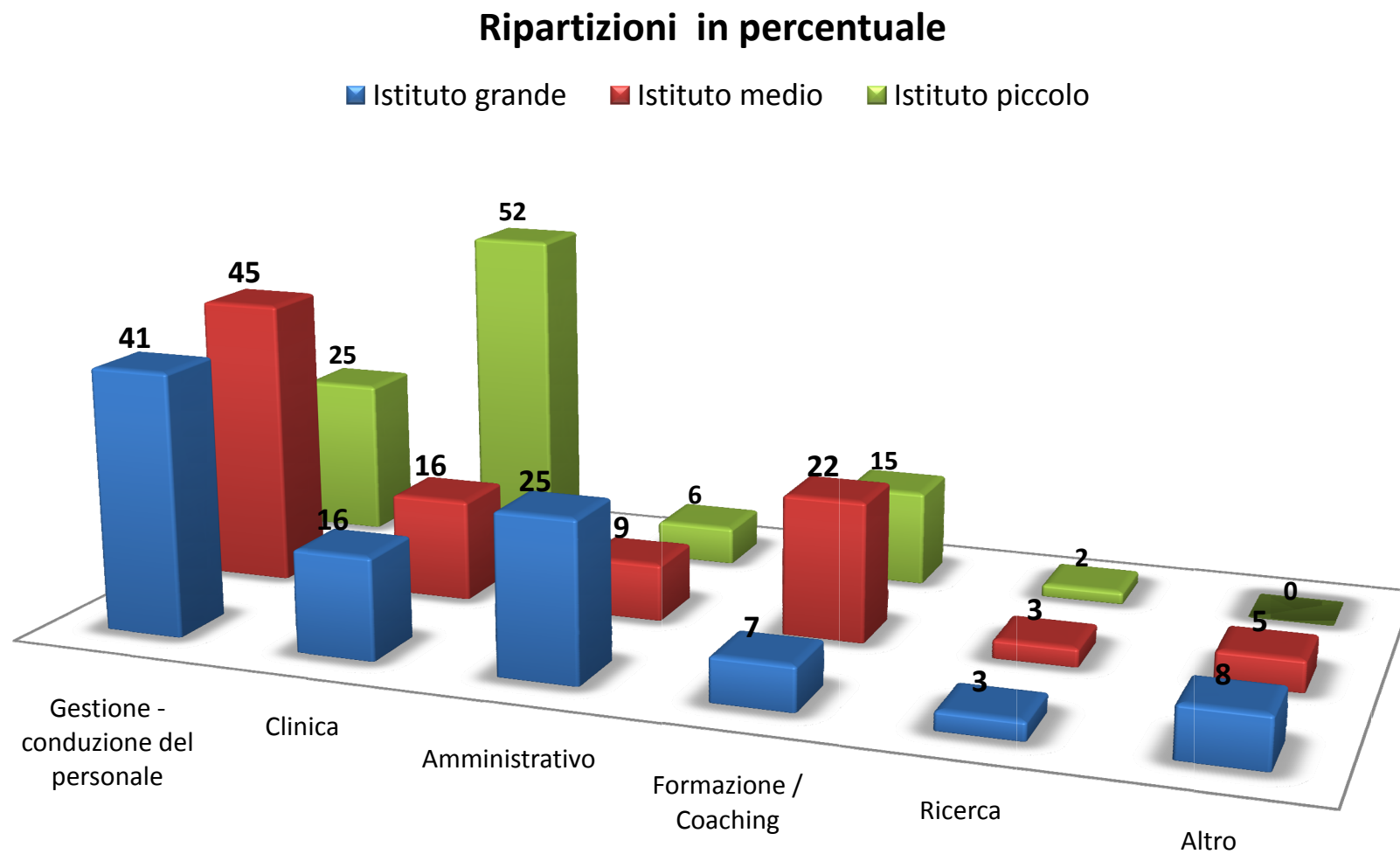
Consegna (rapporto infermieristico)
Saluto agli ospiti (ricerca informazioni, grado di soddisfazione)
Visita medica
Pianificazione / supervisione turni di lavoro / vacanze
Acquisizione /Distribuzione fabbisogno di medicinali
Ammissione /Valutazione ospiti (gradi di dipendenza, formulari Assegno grande Invalido, R.A.I, statistiche, ecc..)
Gestione risorse umane
Colloqui interdisciplinari (vari settori, altri istituti)
Supervisione /Documenti di cura /Amministrativi

A queste attività, sono state estrapolate competenze appartenenti ai quattro campi (**Allegato 2**) quindi, i comportamenti che ne scaturiscono, punti forti e punti deboli.

Nei grafici seguenti (**Tab. 6-7**) invece si denota che indipendentemente dal tipo di dimensione dell'istituto, il lavoro specifico del RC si concentra principalmente sulle funzioni citate (clinica, gestione/conduzione del personale, amministrazione, formazione/coaching e ricerca)

Tab. N°6 RIPARTIZIONE IN PERCENTUALE DELLE FUNZIONI NELLE TRE STRUTTURE**Istituto grande: 81 - 162 posti letto****Istituto medio: 51 - 80 posti letto****Istituto piccolo: 25 - 50 posti letto**

Tab. N° 7 RIPARTIZIONI IN PERCENTUALE DELLE FUNZIONI COMUNI



La differente ripartizione in percentuale tra le varie funzioni del RC in relazione alle tre strutture analizzate, può essere spiegata dall'influenza che hanno sul lavoro, le seguenti variabili:

- Numero posti letto
- Numero e qualifica del personale
- Politiche istituzionali in relazione alle cure, di formazione e gestione del personale
- Tipologia dell'utenza e bacino relativo di provenienza
- Variabili temporali specifiche del giorno in cui è stato eseguito il "timing" nell'istituto (organico del personale, introduzione del personale, allievi, la presenza di anziani gravi, valutazione gradi di dipendenza dei residenti, AGI, CM e altre priorità)

È interessante rilevare che per quel che concerne la ricerca non vi è sostanziale differenza tra le varie strutture prese in esame. Ciò può essere spiegato dal fatto che, la ricerca in gerontologia, al di là delle affermazioni sia a livello istituzionale che cantonale, per ora è ancora ai suoi inizi, non dispone di una metodologia, ma soprattutto di mezzi e tempi necessari per la sua reale implementazione.

Un'altra risultante dell'analisi del grafico, mostra tre tipi di orientamento evidenziati dalla ripartizione del tempo di lavoro dei RC presi in esame:

- **Nella struttura piccola, l'orientamento dell'attività del RC è focalizzato nella Gestione delle cure. Nelle strutture di piccole dimensioni il RC è attualmente quantificato solo in parte per la gestione e la complessità organizzativa minore gli permette di essere maggiormente presente nelle cure.**
- **Nella struttura media l'orientamento evidenziato è quello della Gestione e sviluppo delle risorse umane. Permette al RC di focalizzarsi maggiormente nello sviluppo delle risorse umane.**
- **Nella struttura grande per contro l'orientamento principale è indirizzato verso la Gestione dei Servizi e delle Prestazioni. Richiede al RC un impegno maggiore nella pianificazione e coordinazione dei servizi , per le prestazioni da erogare al Residente.**

11. VALUTAZIONE DEI PUNTI FORTI E DEI PUNTI CRITICI DELLA SITUAZIONE ATTUALE DEI RESPONSABILI DELLE CURE

L'identità professionale richiama l'idea del lavoro svolto. La valutazione delle prestazioni e spesso vissuta come un processo diretto a dare un giudizio sull'interessato, mentre lo scopo di fondo del nostro esercizio, è quello di indicare il più chiaramente possibile la conoscenza del lavoro svolto. La valutazione dell'operato del R.C. condotta a partire dai risultati dell'autoanalisi consente così di giungere ad una descrizione dei "punti di forza" (elementi che ne sostengono la qualità,) e dei suoi "punti di debolezza", ossia di quei fattori che ne limitano la qualità o non ne consentono la produzione. Una chiara consapevolezza dei punti forza consentirà di capire su cosa è possibile far leva per migliorare sia la qualità del servizio e per farla percepire più adeguatamente ma soprattutto rafforzare la nostra identità professionale. La conoscenza dei "punti deboli" indicherà, invece, su che cosa occorre intervenire per acquistare più libertà di manovra in campo gestionale.

<u>PUNTI CRITICI DELLA SITUAZIONE ATTUALE</u>	<u>PUNTI FORTI DELLA SITUAZIONE ATTUALE</u>
➤ In certe istituzioni non vi è un diretto coinvolgimento strategico del responsabile delle cure, ma gli vengono calate decisioni, cambiamenti. ➤ Il potere a volte non è legittimato. ➤ Raggiunti gli obiettivi il merito è ripartito tra i collaboratori, se si verificano malfunzionamenti o eventi negativi, la figura catalizzatrice delle disfunzioni è quella del responsabile delle cure. ➤ Non ha la possibilità di consultarsi-confrontarsi tra "pari" con un collega poiché figura unica nell'istituzione. ➤ Non è coinvolto strategicamente nella composizione e determinazione dell'organico del personale curante.	➤ Rispondere al bisogno assistenziale (missione dell'istituto). ➤ Bagaglio conoscitivo, formativo esperienziale importante. ➤ Visione d'insieme delle cure erogate. ➤ Centro della comunicazione/informazione. ➤ Potere decisionale del processo assistenziale. ➤ Emana direttive per competenze professionali esclusive e autonome. ➤ Valuta la qualità delle cure (assistenza). ➤ Formazione – Aggiornamenti, scelta del tema e delle persone da formare.

12. PROSPETTIVE FUTURE

Come è emerso dai capitoli precedenti da alcuni anni, le organizzazioni che operano all'interno del settore della Sanità si trovano ad affrontare una serie crescente di sfide. La capacità di affrontarle in modo strategico, e non tattico, costituirà il differenziale di competitività e di sopravvivenza per ciascuna delle organizzazioni all'interno del contesto futuro economico, sociale e territoriale in quanto i principali temi che sottostanno a queste sfide e che contraddistinguono le tendenze dello scenario macro economico sanitario ticinese sono:

- l'innalzamento dell'età della popolazione; l'appiattimento della piramide dell'età
- la centralità del paziente rispetto i servizi erogabili ed il controllo dei costi;
- la rapida evoluzione socio-economica;
- i flussi migratori che comportano la presenza di diverse culture, con valori e bisogni diversificati sia dei Residenti sia del personale operante nelle CPA;
- le nuove e vecchie malattie (la ricomparsa della TBC, poliomielite, AIDS, pazienti MRSA resistenti ecc.).
- Evoluzione del panorama formativo (.....Bologna)
- L'utilizzo delle nuove TIC.
- Una visione ecologica ed economica delle cure.
- I mandati di prestazione.

13. NUOVO PROFILO ED EVOLUZIONE DEL RESPONSABILE DELLE CURE

In funzione di questi nuovi orientamenti il profilo del R.C., rispetto alle attività descritte in precedenza lo abbiamo riesaminato come segue (**Tab 8**)

Attività	Commento
Consegna (rapporto infermieristico)	Orientamento verso la valutazione dei processi organizzativi, delle relazioni interpersonali e della qualità delle prestazioni offerte
Saluto agli ospiti (ricerca informazioni, grado di soddisfazione)	Orientamento customer satisfaction con analisi qualitativa dei risultati
Visita medica	Definizione e negoziazione con il direttore sanitario degli orientamenti inerenti le prestazioni che l'istituto potrà offrire
Pianificazione / supervisione turni di lavoro / vacanze	Sviluppo maggiore in termini di visione strategica relativa alle risorse umane
Acquisizione /Distribuzione fabbisogno di medicinali	Valutazione con il farmacista consulente, dell'efficacia e efficienza della gestione farmacia. Resoconto alla direzione amministrativa e sanitaria dell'istituto.
Ammissione /Valutazione ospiti (gradi di dipendenza, formulari Assegno grande Invalido, R.A.I, statistiche, ecc..)	Ci sarà un cambiamento di modalità: rete tra istituti, contabilità analitica, contratti di prestazione, programmi di qualità, benchmarking. Questo determinerà un

	aumento quantitativo di lavoro amministrativo e richiederà maggiori competenze in management e knowledge management
Gestione risorse umane	Capitalizzazione e gestione delle competenze individuali e istituzionali. Pilotare la trasformazione degli istituti in Learning Organisation
Colloqui interdisciplinari (vari settori, altri istituti)	Creare le condizioni favorevoli per sviluppare e coordinare, una rete di relazioni interdisciplinari e multidisciplinari interne ed esterne all'istituto.
Supervisione /Documenti di cura /Amministrativi	Progettazione strategica di nuovi sistemi di: informazione, organizzazione, formazione e di performance istituzionale.

Sia chiaro, il nostro obiettivo non è quello di offrire una ricetta pronta ma, fornire gli spunti per mettere a fuoco ciò che sta alla base per la costruzione del profilo in questione quindi, si può senza dubbio dire che le tendenze sopra citate modificheranno le aspettative di qualità relative alla leadership che si focalizzano su elementi quali l'autorevolezza, una maggiore comunicazione, il coinvolgimento e la partecipazione. Rispetto a questi temi, la professionalità richiesta dal cambiamento è estremamente composita ed affianca capacità tecniche a sensibilità economica e relazionale, per cui si ritiene che il RC debba possedere e aggiornare le sue competenze in materia di:

- Gestione del rischio
- Organizzazione infermieristica.
- Management Risorse Umane
- Comunicazione
- Valutazione dei bisogni di salute (EMB, strumenti qualitativi e quantitativi di valutazione delle richieste di prestazioni di cura)
- Promozione della salute
- Ambiente e salute
- Ricerca, innovazione, gestione di progetti.
- Capacità di facilitare i cambiamenti nelle persone (coaching, leadership partecipativa)
- Audit in sanità pubblica
- Valutazione della qualità delle prestazioni
- Gestione dei sistemi informativi interni ed esterni alla struttura.
- Uso delle nuove tecnologie

Alle singole competenze estrapolate (**Allegato. 9**) ancora una volta abbiamo associato comportamenti, punti forti e punti deboli per capire maggiormente quali sono i meccanismi mentali che generano i concetti che stanno alla base del nostro operato e che in fondo determinano il nostro profilo

Per dare un contributo ulteriore in termini di elementi per la costruzione del profilo abbiamo definito nove criteri della funzione, il comportamento che ne scaturisce rispetto agli stessi e le situazioni dove il comportamento può essere osservato.

Funzione: responsabile delle cure

Definizione del criterio: Iniziativa

Mostrarsi attivo al fine d'influenzare gli avvenimenti per raggiungere gli obiettivi fissati. Sfruttare e cogliere le occasioni che si presentano. Promuovere le occasioni.

Esempi di comportamento

- ▶ Propone strategie per la soluzione dei problemi.
- ▶ Anticipa gli eventi e influenza i collaboratori verso riorganizzazione del lavoro.
- ▶ Propone procedure non scritte di lavoro.
- ▶ Segnala indizi che preannunciano l'insorgere di un possibile problema
- ▶ Pone domande.
- ▶ Trasmette / segnala a qualcun altro un articolo /lettura interessante

Esempi di situazioni dove l'esempio può essere osservato:

- ▶ Avere un atteggiamento propositivo in sede di riunione.
- ▶ Stimolare le discussioni di fronte a situazioni d'empasse.
- ▶ Incentivare l'équipe a sperimentare quindi andare oltre su ciò che è stato definito se quest'ultimo non sortisce effetto.

Altri mezzi:

- ▶ Sviluppare la conoscenza di se stesso.
- ▶ Aggiornare le proprie conoscenze.
- ▶ Propendere per la ricerca.

Definizione del criterio: Leadership

Motivare ed influenzare gli altri e dirigerli verso uno scopo. Suscitare l'uso delle risorse di ciascuno in vista di raggiungere gli obiettivi del gruppo. Equilibrare i bisogni degli individui e quelli dell'organizzazione. Gestire i conflitti

Esempi di comportamento:

- ▶ Valorizza le potenzialità di ognuno.
- ▶ Mette in evidenza i vantaggi del raggiungimento dell'obiettivo.
- ▶ Sostiene il personale rispetto alle difficoltà.
- ▶ Mostra sicurezza e competenza.
- ▶ Prende in considerazione e soddisfa i bisogni del personale.
- ▶ Forma, accompagna un collaboratore ad assumere un nuovo compito (delega).
- ▶ Ascolta ed incoraggia l'espressione. Veglia affinché la persona / l'équipe si muova verso obiettivi stabiliti

Esempi di situazioni dove l'esempio può essere osservato:

- ▶ Riunioni / colloquio: chiede al collaboratore di condividere la sua esperienza positiva.
- ▶ Introdurre cambiamenti organizzativi.
- ▶ Condurre riunioni.
- ▶ Condurre gruppi di lavoro.

Altri mezzi:

- ▶ Leadership situazionale.

Definizione del criterio: **Spirito di decisione**

Essere disposto a prendere decisioni e agire.

Esempi di comportamento:

- ▶ Decidere strategie di cura e assistenza appropriate.
- ▶ Prendere posizione rispetto a conflitti tra il personale, personale ospiti, personale parenti.
- ▶ Dettare soluzioni per problemi complessi organizzativi.
- ▶ Assumere l'iniziativa di prendere decisioni e di metterle in atto.

Esempi di situazioni dove l'esempio può essere osservato:

- ▶ Dettare nelle situazioni d'incertezza in ambito del lavoro quotidiano la linea più opportuna da seguire.
- ▶ Stabilire fra le parti, in sede di discussione, per la soluzione di conflitti la linea di comportamento di ognuno.
- ▶ Stabilire una migliore allocazione delle risorse nelle situazioni di scarsa disponibilità di quest'ultime (carezza di personale).
- ▶ Decidere la mobilità momentanea del personale rispetto al carico di lavoro dei reparti.

Definizione del criterio: **Pianificazione e organizzazione**

Stabilire le linee di condotta che consentano a sé stesso e/o altri di raggiungere l'obiettivo.

Esempi di comportamento

- ▶ Gestire il tempo e i compiti in funzione delle priorità, utilizzando strumenti adeguati per una massima efficacia e efficienza.
- ▶ Consultare l'agenda e determinare le priorità della giornata.
- ▶ Consultare la corrispondenza e valutare l'importanza.
- ▶ Annotare gli impegni settimanali e giornalieri in agenda.
- ▶ Stabilire un programma di attività mensili, settimanali e giornaliere.
- ▶ Proporre e sviluppare progetti con i capi reparto.
- ▶ Collaborare con la Direzione.
- ▶ Collaborare con i capi settore interdipendenti.

Esempi di situazioni dove l'esempio può essere osservato:

- ▶ Rispondere alle richieste del personale in modo esaustivo evitando ritardi.
- ▶ Garantire all'utenza un'assistenza di qualità nei modi e nei tempi.
- ▶ Percepire situazioni problematiche per gestirle in termini di priorità e anticiparne la soluzione.

Altri mezzi :

- ▶ Strumenti di gestione e pianificazione del tempo (agenda, strumenti vari: diagramma PERT, ecc.)

Definizione del criterio: **Analisi di problemi, di situazioni**

Identificare i problemi, ricercare dati pertinenti e fare la diagnosi.

Esempi di comportamento

- ▶ Non sottovalutare alcun problema.
- ▶ Identificare tutte le fonti d'informazione per ricercare i dati.
- ▶ Avvalersi dell'aiuto del personale più competente.
- ▶ Prendere il tempo necessario per l'analisi delle informazioni.
- ▶ Cercare e ascoltare l'opinione di tutti e discernere quelle più pertinenti.
- ▶ Ricorrere all'aiuto di un esperto.
- ▶ Applicare una metodologia di Problem solving, sa porre il problema nel suo contesto, mostra le implicazioni che tale problema ha sulla presa di decisione.
- ▶ Descrivere un conflitto in termini di problema e non in termini di valori/giudizi.

Esempi di situazioni dove l'esempio può essere osservato:

- ▶ Assumere un atteggiamento di ricerca rispetto ai problemi che si presentano nel quotidiano.
- ▶ Aiutare a prendere decisioni.
- ▶ Riconoscere i propri limiti quando la soluzione tarda ad arrivare.
- ▶ Dare a tutti la possibilità di esprimere le proprie opinioni in merito.
- ▶ Utilizzare i momenti più idonei per avere informazioni.

Altri mezzi :

- ▶ Modalità per soluzione di problemi.
- ▶ Check list.

Definizione del criterio: **Sensibilità verso gli altri**

Essere cosciente dei sentimenti e bisogni degli altri così come del proprio impatto su di loro: provarlo tramite gli altri.

Esempi di comportamento:

- ▶ Prendere in considerazione malesseri mostrati dal singolo o dall'équipe.
- ▶ Sostenere il personale in situazioni di crisi professionali e non.
- ▶ Sostenere gli ospiti o i relativi parenti in situazioni difficili.
- ▶ Nelle riunioni favorire l'espressione, portando complementi ai punti di visti espressi dagli altri partecipanti.
- ▶ Darsi il tempo per ascoltare gli altri: bisogni / timori.
- ▶ Proporre aiuto / offrire la propria disponibilità.

Esempi di situazioni dove l'esempio può essere osservato:

- ▶ Ascoltare attivamente ogni qualvolta ognuno ci interpella.
- ▶ Stimolare quotidianamente il personale a esprimere i loro bisogni.
- ▶ Dare seguito alle richieste del personale, degli ospiti e dei parenti.
- ▶ Dare consiglio, su richiesta, per soluzioni di problemi personali e non.

Definizione del criterio: Senso delle relazioni sociali

Relazionare facilmente con gli altri. Essere facilmente avvicinabile. Avere uno stile che non disturba i colleghi, i clienti, gli utenti. Creare e mantenere la fiducia.

Esempi di comportamento

- ▶ Rispondere alle richieste di dialogo del personale in ogni momento.
- ▶ Intrattenersi facilmente con gli ospiti e parenti se lo richiedono.
- ▶ Interagire attivamente alle consegne e riunioni di reparto.
- ▶ Interagire con i medici curanti e gli specialisti.
- ▶ Interagire con la direzione.
- ▶ Allacciare e sostenere rapporti di collaborazione con i servizi interni della casa.

Esempi di situazioni dove l'esempio può essere osservato:

- ▶ Anticipare i bisogni di dialogo del personale anche in situazioni informali.
- ▶ Mostrare disponibilità e apertura a dialogare con ospiti e parenti nei diversi momenti della giornata.
- ▶ Partecipare alle riunioni indette nella casa.
- ▶ Partecipare alle visite mediche.
- ▶ Farsi carico dei contatti per visite specialistiche esterne.

Altri mezzi :

- ▶ Stile personale di comunicazione.
- ▶ Comunicazione.

Definizione del criterio: Flessibilità

Modificare il proprio stile e approccio per raggiungere un obiettivo specifico. Souplesse.

Esempi di comportamento:

- ▶ Mostrare disponibilità nell'iterazione con altri servizi della casa.
- ▶ Sottoporre la stesura del piano di lavoro all'équipe per andare incontro alle richieste del personale.
- ▶ E' in grado di organizzarsi in funzione dei bisogni del servizio.
- ▶ Promuove l'autogestione rispetto alle pause.
- ▶ Accetta nuove proposte dei collaboratori senza distinzione di ruoli.

Esempi di situazioni dove l'esempio può essere osservato:

- ▶ Mostrare apertura al dialogo nelle riunioni mensili con i quadri degli altri servizi.
- ▶ Accettare le richieste o prendere in considerazione tutte le richieste del personale.
- ▶ Apprezzare e valorizzare le iniziative prese dal personale in ambito organizzativo e non.
- ▶ Accettare, se pertinente, di modificare una forma organizzativa, una decisione presa.
- ▶ Ascoltare e fornire proposte operative e organizzative.

Altri mezzi :

- ▶ Conoscere le proprie modalità di reagire e il proprio stile di conduzione.

Definizione del criterio: **Padronanza**

Prendere rischi ragionevoli per avere un vantaggio o un progresso specifico. Fiducia in se.

Esempi di comportamento:

- ▶ Prendere posizione rispetto a incertezze per garantire il normale svolgimento del lavoro.
- ▶ Affrontare situazioni di conflitto mantenendo la calma e il controllo della situazione.
- ▶ Trovare soluzioni appropriate per rispondere ai bisogni di cura degli utenti.
- ▶ Coadiuvare l'infermiere e tutta l'équipe per rispondere ad una situazione di crisi di un ospite.
- ▶ Ricercare e attivare informazioni precise e dettagliate circa lo stato generale degli ospiti per rispondere a parenti e medici.

Esempi di situazioni dove l'esempio può essere osservato:

- ▶ Fornire nozioni precise ed aggiornate nelle attività didattiche (aggiornamenti interni).
- ▶ Fornire risposte precise a problemi organizzativi.
- ▶ Ascoltare le opinioni di tutti ed emettere giudizi obiettivi in sede di discussione nell'attività di consulenza.
- ▶ Conoscere fonti e predisporre lavori di ricerca.

Altri mezzi

- ▶ Sviluppare la conoscenza di se.
- ▶ Sviluppare self-control.

Si manifesta, quindi, la necessità di un'evoluzione culturale professionale che vede un superamento della figura TUTTO FARE, con uno spiccato Saper ESSERE, **ad una figura che:**

- Fa della concettualizzazione la prerogativa del suo pensiero.
- Decide responsabilmente a livello di budget e scelte strategiche.
- Sia consulente e punto di riferimento per tutti i suoi collaboratori.
- Ma soprattutto che gli venga riconosciuta la legittimità delle competenze formalmente assegnate ad altri (es. igiene della casa, alimentazione dell'anziano ecc., attribuite al Medico Responsabile); competenze che, svolte e consolidate nella sua attività, devono essere esplicitate nel suo mansionario, convalidate e ratificate dal Medico Cantonale.

Nel profilo in divenire dunque, dovrebbe evidenziarsi maggiormente la posizione nodale del RC nella CPA verso la quale, convergono interessi diversificati e a volte conflittuali che richiamano complesse e articolate capacità nelle risposte, quest'ultime acquisite solamente attraverso un iter formativo specifico (.....) o equivalente, saldamente strutturato su un'esperienza almeno decennale in campo infermieristico.

14. CONCLUSIONI

Il comitato GICA in questo lavoro ha preso in esame con una “visione sistemica”: l’evoluzione della professione infermieristica; l’evoluzione delle case per anziani del Ticino, l’evoluzione della figura del Responsabile delle Cure nonché il suo profilo, le norme legislative che “regolamentano” le CPA, i cambiamenti sociali in ambito sanitario, le formazioni in ambito sanitario, la giornata tipo del responsabile delle Cure e lo scenario futuro nel quale sarà chiamato ad operare quindi, evidenziando gli aspetti salienti, la dove si auspica il cambiamento; in altre parole ha cercato di rendere visibile il ruolo svolto dal Responsabile delle Cure, non solo per la creazione della sua identità professionale specifica, ma anche per attribuirgli uno statuto corretto che valorizza l’immagine sociale dell’infermiere e del personale curante che opera nelle case per anziani.

Alla luce di quanto esposto possiamo affermare che i cambiamenti sono entrati stabilmente a far parte dell’ambiente sociosanitario.

I cambiamenti e la crescente quantità di conoscenze che vengono incorporate nei processi, nei prodotti e nei servizi, stanno generando una trasformazione profonda del lavoro e la sua organizzazione. Ne consegue la Creazione di nuovi curriculum educativi, nuovi profili professionali o la trasformazione delle competenze richieste a questi ultimi.

Il vento dei cambiamenti suggerisce un nuovo paradigma manageriale. Il filosofo Thomas Khun affermò che un paradigma è: ***“una costellazione di concetti, valori, percezioni e consuetudini condivise da una comunità, che costituisce una particolare visione della realtà che sta alla base del mondo in cui la comunità stessa si organizza”***.

Tradizionalmente “organizzazione” era sinonimo di struttura gerarchica, catena di comando, controllo, ed era legata a strategie e sistemi di valori rigidi. Adesso nei nuovi paradigmi si tende a vedere le organizzazioni come organismi viventi, con la dimensione umana, orientata ad una visione globale, educata alla crescita, in equilibrio tra le mete economico-materiali e i valori umani.

Tener fede a questi principi oggi, vuol dire saper gestire le organizzazione nella loro mutua complessità nella quale, professionisti con curriculum formativi diversificati di elevata qualità (anche universitari) rappresentano la struttura portante che pure necessitano di essere coordinati; a fronte di tutto ciò che emerge da questo lavoro è quanto mai legittimo chiederci, l’appellativo “Responsabile delle Cure” identifica veramente il ruolo o è arrivato il momento anche in Svizzera (lo è già stato in altri paesi) di sostituirlo con **Direttore Infermieristico**.

15. RINGRAZIAMENTI

Sarebbero di prammatica, eppure sono davvero dovuti a tanti.

Ai **colleghi**, anzitutto, che ci hanno fornito i documenti sulla descrizione del loro profilo, importante per la riuscita di questo lavoro.

Alla figura importante di **Ferruccio D'Ambrogio**, poiché con il suo lavoro di consulenza , di stile, di critica stimolante, ci ha permesso di realizzare e giungere a conclusione di questo lavoro.

Ad **Angela e Giuseppe Bertini** per il loro supporto linguistico.

Ad **Angela Quadranti** per averci sostenuto con la sua esperienza professionale.

Ed infine al Comitato **A.S.I.** per averci sostenuto finanziariamente e aver creduto nella realizzazione del progetto.

A tutti loro, dunque, il nostro grazie sincero.

16. BIBLIOGRAFIA

TESTI

Calamandrei, Carlo e Orlandi, Carlo. *La dirigenza infermieristica*. Milano: Mc Graw Hill ,2002

Callini, Daniele et alt. *La formazione del management per la gestione delle risorse umane*. Milano: Franco Angeli, 2004

Dancausse, Florence e Chaumat , Elisabeth. *Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins*. Paris: Masson, 2003

DeVoto, Giacomo e Oli, Gian Carlo. *Dizionario della lingua italiana (II)*.Milano: Le Monnier, 2004

Gallo,Rosanna e Boerchi,Diego. *Bilancio di competenze e assessment centre*. Milano: Franco Angeli, 2004

Minet, F. *L'analyse de l'activité et la formation des compétences*. Parigi : L'Harmattan, 1996

Perrenoud, Philippe.*Dix nouvelles compétences pour enseigner Invitation au voyage*. Paris : ESF, 1999

Stella, Silvio e Gian Piero Quaglino.*Prospettive di psicosociologia. Un'introduzione alle metodologie d'analisi e d'intervento nei gruppi e nelle organizzazioni*. Milano: Franco Angeli, 2002

LETTURA GRIGIA

- Dipartimento Infermieristico centro ospedaliero universitario, St Joseph, Francia
- Valorizzazione capo-équipe Ospedale Socio-psichiatrico Cantonale , Cantone Ticino
- Descrizione della funzione ospedale regionale di Locarno, La Carità
- Profilo del responsabile del settore cure in casa per anziani, GICA, ASI, 2002
- Competenze del responsabile del settore cure in casa per anziani, ASI ;GICA 2003
- Mansionario del capo struttura, Istituti Sociali Comunali Lugano
- Mansionario per le infermiere/a capo delle cure Istituto di cura “al Pagnolo” Sorengo..
- Cahier de charges de l'infermier/ere- Chef/fe de la residence.
- Descrizione di funzione dell'infermiere/a responsabile del settore cure Istituti Sociali, Comune di Chiasso
- Capitolato d'oneri del/la responsabile settore infermieristico consorzio casa anziani del circolo del Ticino, Sementina.
- Mansionario del responsabile delle cure consorzio case per persone anziani di Riviera, Claro.
- Regolamento concernete l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere, decreto ministeriale, 14.09.1994,Nr.739, Repubblica Italiana
- Atti giornata di studio, 12.10.2004, l'evoluzione del ruolo infermieristico tra sfide e cambiamenti: nuovi modelli, nuove figure professionali.

- Chiave di ripartizione del personale curante operante all'interno delle case per anziani del Cantone Ticino DSS, Ufficio del Medico Cantonale 2005-10-12
- Direttiva sulla qualità 15.12.2003, dotazione personale DSS, Ufficio del Medico Cantonale, Info Istituto di cura 2004/1
- Modalità e tempi dell'auto dichiarazione di conformità DSS, Ufficio del Medico Cantonale, Info Istituti di cura 2004/3
- Direttiva sulla qualità in istituti per anziani, DSS, Ufficio del Medico Cantonale, Info Istituti di cura 2003/06
- Direttiva concernente i requisiti essenziali di qualità per gli istituti di cura degli anziani (direttiva sulla qualità) 15.12.2003, DSS, Ufficio del Medico Cantonale.
- Mansionario del Medico responsabile, 1992, DOS 1992
- Mansionario del Medico responsabile, 1999, DOS 1999
- Può uno strumento aiutare a migliorare le cure agli anziani? "Memoire" Certificato di perfezionamento di politica sociale, Dipartimento di sociologia, Università di Ginevra, 1998, Michele Battaglia
- Il Codice deontologico, IPSVI, Italia, maggio 1999
- Consiglio Nazionale 003521, Myione Joder, Valorizzare le cure medico sanitarie, testo della mozione del 5.10.2000
- Criteri di qualità e Istituti di cura per persone anziane, DOS, Ufficio del Medico Cantonale, 2001
- Rapporto sulle professioni infermieristiche, DOS, Associazione Svizzera infermieri, sezione Ticino (ASI) Bellinzona, Marzo 2001
- Etique Professionelle, Atti della conferenza di Rosette Poletti, del 2.5.1978, Oerlikon
- Organigrammi Istituti sociali di Lugano, 2004
- Organigramma Casa Serena, ISC, 2004
- Descrizione della funzione (articolo 1, cpv.1 Lstip) DOS, organizzazioni socio psichiatrica Cantonale, OSC, edizione del 31.10.1998
- Mansionario della capo infermiera, responsabile per il servizio cure infermieristiche, Clinica Hildebrand, ed.2002
- Duilio, Manara. Atti del congresso ASI 2004, Lugano

LEGGI

Legge Federale sull'assicurazione malattie (LaMal), 18.03.1994

Legge Sulla promozione e il coordinamento sanitario (Legge Sanitaria), 18.04.1989

Siti Web

www.admin.ch :consultato ,il 10.05.05

<http://www.ti.ch/CAN/SegGC/comunicazioni/GC/odg-mes/rapporti/5478-r.htm>, :consultato il 15.01.06

http://www.ti.ch/dss/temi/pian-osp/archivio/mandati_di_prestazione1_f.html :consultato, il 02.03.06

17. ALLEGATI

Allegato N° 1

E' la figura che nell'istituto ha il ruolo di dirigente, organizza e assicura l'assistenza infermieristica agli anziani, nel rispetto della loro individualità, tenendo conto delle risorse disponibili con una condotta basata sull'etica, codice deontologico e nel rispetto delle norme vigenti.

Requisiti professionali	➤ Diploma di infermiere/a livello II o titolo equivalente, riconosciuto CRS. Esperienza almeno quinquennale, conoscenza e /o specializzazione in ambito geriatrico. ➤ Formazione superiore o universitaria in gestione.
Attitudini personale	➤ Capacità di gestione delle risorse umane, rispetto, comprensione e sostegno. ➤ Capacità d'ascolto e relazione. ➤ Spiccate Capacità organizzative. ➤ Spirito di osservazione e di iniziativa. ➤ Capacità di prendere decisioni.
Posizione gerarchica	➤ Subordinato alla direzione amministrativa, su delega della direzione amministrativa rappresenta l'istituto sia all'interno che all'esterno delle struttura.
Posizione di collaborazione	➤ Direzione sanitaria. ➤ Responsabile dei servizi interni. ➤ Professionisti esterni.

AREE DI COMPETENZA

Gestione	Collabora con la direzione per il coordinamento dei servizi dell'istituto. Coordina i professionisti della salute con il medico di riferimento (interni ed esterni). Assicura la trasmissione delle informazioni e decisioni concernenti l'istituzione. Assicura e promuove i contatti con i familiari. Valuta la necessità e la dotazione del personale curante. Partecipa alla selezione del personale curante con la direzione. Accoglie, informa il nuovo personale curante. Gestisce la farmacia e vigila sulle terapie da somministrare. Gestisce i mezzi e il materiale sanitario in genere.
Clinica	Sceglie delle teorie di riferimento e con la Direzione, esplicita il quadro istituzionale Crea le condizioni per permettere al personale curante di svolgere le attività professionali in modo adeguato. Vigila sull'organizzazione dell'équipe curante affinché garantiscano agli anziani residenti delle cure individuali di qualità. Vigila sull'etica e il rispetto dei principi deontologici legati alla professione del personale curante e tutti i collaboratori operanti nell'istituto. Vigila sull'applicazione delle prescrizioni mediche. Valuta periodicamente il grado di dipendenza degli anziani residenti. Si accerta sull'adeguatezza delle prestazioni offerte all'anziano. Promuove riflessioni e progetti con lo scopo di migliorare e aggiornare la presa a carico della persona anziana.
Formazione	Programma e coordina attività di insegnamento. Valuta l'aggiornamento dei collaboratori per garantire la professionalità e la qualità delle prestazioni. Pianifica la formazione permanente ai bisogni del personale curante.
Ricerca	Ricerca strategie per lo sviluppo di strumenti di controllo e valutazione: ➤ Qualità dell'assistenza erogata. ➤ Modelli organizzativi. ➤ Strumenti e metodo di lavoro. ➤ Modulistica infermieristica. ➤ Sistemi di informazione-comunizione e registrazione.

Allegato N° 2 ATTIVITA' E COMPETENZE COMUNI DEL RC

Attività	Competenze	Comportamenti	Punti forti	Punti deboli	Tempo impiegato
Consegna (rapporto infermieristico)	Disciplinari ▶ Capacità decisionali ▶ C. pedagogiche Gestionali ▶ C. di valutazione ▶ C. di organizzazione Personalì ▶ C. di analisi ▶ C. di sintesi Relazionali ▶ C. di comunicazione	Management ▶ pianifica ▶ organizza ▶ valuta/controlla Intellettuali ▶ analizza problemi/situazioni Personalì ▶ propone ▶ flessibile	Visione globale Informazioni pertinenti che permettono di rispondere alle problematiche socio sanitarie del caso. Coordinatore di informazioni Ruolo centrale per coordinare risorse umane, logistiche e materiali tra il settore cure e gli altri settori. Rilevatore di bisogni fondamentali Identifica le necessità formative latenti.	Dati parziali Non sempre esaustiva per carenza d'informazioni Limitazione di tempo La consegna operativa per la sua caratteristica è limitata nel tempo e solo per dare le informazioni prioritarie.	
Saluto agli ospiti (ricerca informazioni, grado di soddisfazione)	Disciplinari ▶ C. pedagogiche Gestionali ▶ C. di elaborazione Personalì ▶ C. d'analisi ▶ metariflessione Relazionali ▶ C. relazionali interpersonale	Personalì ▶ flessibile Intellettuali ▶ analizza problemi/situazioni Relazionali ▶ sensibilità verso gli altri ▶ trasparenza	Conoscenza approfondita di ogni ospite Osservazione dello stato bio-psico-sociale. Conforto / sostegno multidimensionale Momento rassicurativi per l'ospite, feed-bak emotivo dovuto alla visione globale ed al ruolo	Limiti d'intervento legislativo e di rispetto Privacy, famiglia, leggi, diritti del paziente	

Attività	Competenze	Comportamenti	Punti forti	Punti deboli	Tempo impiegato
Visita medica	Disciplinari ▶ analisi ▶ presa decisione Gestionali ▶ valutazione ▶ organizzazione Personalì ▶ flessibilità ▶ agire ▶ responsabilità Relazionali ▶ comunicazione	Management ▶ pianificazione ▶ organizzazione Intellettuali ▶ analisi di problemi/situazioni Personalì ▶ iniziativa	Visione globale dello stato di salute dei residenti. Informazioni / osservazioni continuative. Verifica la congruenza tra la filosofia delle cure e le prestazioni. Partner nella presa di decisione per interventi diagnostici e terapeutici.	Non sempre riconosciuta la competenza / ruolo del settore cure / infermieristiche. Criticità delle relazioni con il medico.	
Pianificazione / supervisione turni di lavoro / vacanze	Disciplinari ▶ analisi ▶ presa decisione Gestionali ▶ gestione ▶ valutazione ▶ organizzazione Personalì ▶ agire ▶ responsabilità Relazionali ▶ negoziazione	Personalì ▶ flessibilità ▶ padronanza Relazionali ▶ senso delle relazioni sociali Intellettuali ▶ analisi di problemi/situazioni Management ▶ pianificazione ▶ organizzazione ▶ valutazione ▶ controllo	Visione e valutazione del carico di lavoro. (visione e utilizzo delle risorse disponibili)	Discussione del Budget (Impossibilità di sostituzione immediata di personale assente per malattia) Mancanza di margine di manovra.	

Attività	Competenze	Comportamenti	Punti forti	Punti deboli
Acquisizione / Distribuzione fabbisogno di medicinali	Disciplinari ▶ comparazione ▶ presa decisioni Gestionali ▶ valutazione Personali ▶ responsabilità Relazionali ▶ comunicazione ▶ negoziazione	Personali ▶ padronanza Management ▶ valutazione ▶ controllo	Gestione economica. (conoscenza delle farmacologia e delle forme galeniche in commercio; approvvigionamento stoccaggio)	Limitato potere di influire sulle prescrizioni del farmaco generico e non.
Ammissione / Valutazione ospiti (gradi di dipendenza, formulari Assegno grande Invalido, R.A.I, statistiche, ecc..)	Disciplinari ▶ comparazione ▶ analisi ▶ presa decisioni Gestionali ▶ valutazione ▶ elaborazione Personali ▶ flessibilità ▶ responsabilità ▶ agire Relazionali ▶ comunicazione ▶ relazioni interpersonali ▶ relazioni sociali ▶ trasparenza	Personali ▶ iniziativa Relazionali ▶ senso delle relazioni sociali ▶ sensibilità verso l'altro Intellettuali ▶ analisi di problemi/situazioni ▶ spirito di decisione Management ▶ pianificazione / organizzazione	Visione globale. (Casistica, stato di salute sociale, salute demografica dei residenti) Visione e valutazione dell'ospite per ammissione (accesso ai dati integrali amministrativi, medici, ecc..)	Limitato potere decisionale sulla determinazione dell'ammissione.

Attività	Competenze	Comportamenti	Punti forti	Punti deboli
Gestione risorse umane	Disciplinari ▶ pedagogiche ▶ analisi ▶ progettuali ▶ transfer delle conoscenze Gestionali ▶ valutazione ▶ elaborazione ▶ conduzione Personalì ▶ responsabilità ▶ creatività ▶ versatilità ▶ meta - riflessione Relazionali ▶ comunicazione ▶ relazioni interpersonali ▶ relazioni sociali ▶ trasparenza ▶ negoziazione ▶ gestione dei conflitti	Personalì ▶ flessibilità Relazionali ▶ senso delle relazioni sociali Intellettuali ▶ analisi di problemi / situazioni Management ▶ pianificazione / organizzazione ▶ Leadership	Conoscenza approfondita dei punti forti e deboli di ogni singolo operatore. Valorizzazione, sviluppo del personale, gestione dei conflitti, colloqui d'assunzione.	Difficoltà di agire su alcuni punti deboli. (Strutturali e caratteriali)

Attività	Competenze	Comportamenti	Punti forti	Punti deboli
Colloqui interdisciplinari (vari settori, altri istituti)	Colloqui interdisciplinari (vari settori, altri istituti)	Personalì ▶ flessibilità ▶ iniziativa Relazionali ▶ senso delle relazioni sociali Intellettuali ▶ analisi di problemi / situazioni Management ▶ pianificazione / organizzazione ▶ leadership	Visione d'insieme della struttura. Rete di collaborazione. Conoscenza tra professionisti.	Impossibilità di conoscere nel particolare i vari settori.
Supervisione Documenti di cura / Amministrativi	Disciplinari ▶ comparazione ▶ analisi ▶ presa di decisione ▶ Transfer delle conoscenze	Personalì ▶ padronanza Intellettuali ▶ analisi di problemi / situazioni Management ▶ valutazione controllo	Visione d'insieme dei dati. Conoscenze delle leggi e direttive in vigore.	Impossibilità di visionare tutti i dati.

Attività	Competenze	Comportamenti	Punti forti	Punti deboli
Gestione del rischio	Disciplinari: ▶ C. di decidere ▶ C. di Transfer delle conoscenze Gestionali: - ▶ C. di valutazione ▶ C. di organizzazione ▶ C. di elaborazione ▶ C. di gestione del tempo Personalì: - ▶ C. d'analisi ▶ C. di creatività ▶ C. Metariflessione Relazionali: - ▶ C. Comunicazione ▶ C. Relazioni sociali	Management: ▶ Pianifica/organizza ▶ Valuta/ controllo ▶ Leadership Intellettuali: ▶ Analizza problemi/situazioni Personalì: ▶ propone Relazionale: ▶ È Sensibile verso gli altri ▶ Ha il senso delle relazioni sociali	visione globale (informazioni pertinenti che permettono di rispondere alle problematiche) Coordinatore di informazioni (ruolo centrale per coordinare risorse umane, logistiche e materiali tra il settore cure e gli altri settori) Rilevatore di bisogni Capacità di discernere le informazioni	Incognita del rischio Interdipendenze con i collaboratori
Organizzazione infermieristica	Disciplinari: ▶ C. di analisi sistemica ▶ C. pedagogiche Gestionali: - ▶ C. di valutazione ▶ C. decisionali Personalì: ▶ Flessibilità Relazionali: ▶ C.comunicative ▶ C. di ascolto ▶ C. di leadership	Management: ▶ Pianifica ▶ Raccoglie dati ▶ Decide ▶ Valuta/controllo Intellettuali: - ▶ Analizza problemi /situazioni Personalì ▶ Ha Iniziativa ▶ È Trasparente	Conoscenza della legislazione in materia Conoscenza dei bisogni ospiti, parenti, operatori e struttura Conoscenza delle potenzialità di ogni singolo operatore	Risorse umane limitate.

Allegato.N° 3

Attività	Competenze	Comportamenti	Punti forti	Punti deboli
Managment risorse umane	Disciplinari: ▶ C. di analisi ▶ C. pedagogiche Gestionali: ▶ C. decisionali ▶ C. di valutazione ▶ C. di elaborazione Personali: ▶ Flessibilità ▶ Trasparenza Relazionali: - ▶ C. comunicative ▶ C.di ascolto ▶ C. di negoziare	Personali: ▶ Flessibile ▶ Percettivo Relazionali: ▶ Ascoltare attivamente ▶ Assertivo ▶ Autorevole Intellettuali: ▶ Analisi di problemi /situazioni Management: ▶ Pianificare ▶ Controllare ▶ Valorizzare ▶ Valutare	Conoscenza del singolo operatore Conoscenza del fabbisogno Conoscenza del fabbisogno dei singoli servizi	Budget limitati (impossibilità di sostitu-zione immediata di personale assente per malattia) Aspetti caratteriali forti del singolo
Comunicazione	Disciplinari: ▶ C. pedagogiche ▶ C. di transfer Gestionali: - ▶ C di gestire conflitti Personali: ▶ C. psico-analitiche Relazionali: ▶ Senso delle relazioni sociali ▶ C. negoziatrici ▶ C. di ascolto	Personali: ▶ trasparenza ▶ flessibile ▶ spigliato ▶ empatico Management: ▶ assertivo Intellettuali: ▶ assertivo ▶ sintetico ▶ analitico	Catalizzatore d'informazioni Autorevolezza Legittimità del ruolo	Comunicazione informale Rumori della comunicazione.

Attività	Competenze	Comportamenti	Punti forti	Punti deboli
Valutazione dei bisogni di salute	Disciplinari: ▶ C. di comparazione ▶ C. di analisi ▶ C. di elaborazione Gestionali: ▶ C. di statisti ▶ C. decisionali ▶ C. organizzative Personali: ▶ C. di prevedere ▶ Agire Relazionali: ▶ Relazioni sociali	Personali: ▶ Percettivo Intellettuali: ▶ Analizzare problemi /situazioni ▶ Decidere Management: ▶ Raccogliere dati ▶ Aggregare dati	Accesso alle statistiche Visione sistemica Conoscenza della materia	
Promozione della salute	Disciplinari: ▶ Analisi ▶ Prese di decisione ▶ Pedagogiche ▶ Progettualità ▶ Transfer delle conoscenze Gestionali: ▶ Valutazione ▶ Organizzazione ▶ Elaborazione ▶ Conduzione ▶ Gestione del tempo Personali: ▶ Responsabilità ▶ Creatività ▶ Flessibilità ▶ Versatilità ▶ Disponibilità Relazionali: ▶ Comunicazione ▶ Trasparenza ▶ Relazioni sociali	Management: ▶ Pianificazione/organizzazione ▶ Valutazione /controllo Intellettuali: ▶ Analisi dei problemi e delle situazioni ▶ Spirito di decisione Personali: ▶ Iniziativa ▶ Flessibilità ▶ Padronanza Relazionali: ▶ Sensibilità verso gli altri	Conoscenza approfondita delle problematiche che permette di rispondere in modo adeguato alle tematiche in oggetto Conoscenza degli ospiti Coordinatore Di informazione con ruolo centrale che permette la gestione delle informazioni -impegno etico a svolgere attività educativa	Difficoltà di agire su alcuni punti deboli Interdipendenza con i Collaboratori - fattori personali e comportamentali degli ospiti - fattori economici sociali lavorativi ambientali

Attività	Competenze	Comportamenti	Punti forti	Punti deboli
Ambiente e salute	Disciplinari: ▶ Analisi ▶ Presa decisioni Gestionali: ▶ Valutazione ▶ Organizzazione ▶ Gestione Personali: ▶ Agire ▶ Responsabilità Relazionali: ▶ Relazioni sociali ▶ Negoziazione ▶ Relazioni interpersonal	Management: - ▶ Pianificazione/organizzazione ▶ Valutazione/ controllo Intellettuali: ▶ Analisi di problemi/situazioni Personali: ▶ Flessibilità ▶ Padronanza Relazionale: ▶ Senso delle relazioni sociali	Visione globale Informazioni pertinenti riguardo lo stato di salute e l'ambiente che permettono di rispondere alle problematiche . Coordinamento come ruolo centrale dell'informazione. Conforto e sostegno	Difficoltà di agire su alcuni punti deboli, strutturali socio culturali interazioni - fattori extrasanitari (personali comportamentali)
Ricerca e innovazione, gestione di progetti	Disciplinari: ▶ Presa decisioni ▶ Analisi ▶ Pedagogiche ▶ Progettuali Gestionali: - ▶ C. di valutazione ▶ Organizzazione ▶ Elaborazione ▶ Conduzione Personali: ▶ Responsabilità ▶ Creatività ▶ Agire Metariflessione ▶ Responsabilità ▶ Disponibilità Relazionali: ▶ Comunicazione ▶ Negoziazione	Management: ▶ Pianificazione ▶ Raccolta dati ▶ Decidere ▶ Valutazione/controllo Intellettuali: ▶ Analisi di problemi /situazioni Personali ▶ Iniziativa ▶ Trasparenza	Riflessione critica e rigorosa delle competenze Analisi e ricerca Esperienza (conoscenza pratica delle cose acquisite) Aggiornamento delle conoscenze Gestione di progetti istituzionali e cantonali	Strumenti di studio Conflittualità

Attività	Competenze	Comportamenti	Punti forti	Punti deboli
Capacità di facilitare i cambiamenti nelle persone	Disciplinari: ▶ comparazione ▶ Analisi ▶ Presa decisioni ▶ Pedagogiche Gestionali: ▶ Valutazione ▶ Elaborazione ▶ Conduzione Personali: ▶ Responsabilità ▶ Flessibilità ▶ Agire Relazionali: ▶ Comunicazione ▶ Relazioni interpersonali	Personali: ▶ Iniziativa ▶ Padronanza ▶ Flessibilità Relazionale: ▶ Senso delle relazioni sociali ▶ Sensibilità verso agli altri Intellettuali: ▶ Analisi di problemi/situazioni ▶ Spirito di decisione Management: ▶ Pianificazione/organizzazione	Base di conoscenza allargata. Aggiornamento costante. Crescita dell'autostima. Coinvolgimento nelle attività. Miglioramento costante.	Conflitti. Resistenze personali al cambiamento.
Audit in salute pubblica	Disciplinari: ▶ Analisi ▶ Comparazione ▶ Transfer delle conoscenze Gestionali: ▶ Valutazione ▶ Elaborazione ▶ Personali: ▶ Metariflessione Relazionali: ▶ Comunicazione ▶ Relazioni interpersonali ▶ Relazioni sociali ▶ Negoziazione	Personali: ▶ Flessibilità Relazionale: ▶ Senso delle relazioni sociali Intellettuali: ▶ Analisi di problemi / situazioni Management: ▶ Pianificazione/ organizzazione ▶ Leadership	Informazioni pertinenti riguardo lo stato di salute che permettono di rispondere alle problematiche in casa anziani	

Attività	Competenze	Comportamenti	Punti forti	Punti deboli
Valutazione della qualità delle prestazioni	Disciplinari: ▶ comparazione ▶ Analisi ▶ Presa decisioni Gestionali: ▶ Valutazione ▶ Organizzazione Personali: ▶ Responsabilità ▶ Disponibilità ▶ Versatilità ▶ Flessibilità Relazionali: ▶ Comunicazione ▶ Relazioni interpersonali ▶ Negoziazione ▶ Trasparenza ▶ Gestione dei conflitti	Personali: ▶ Iniziativa ▶ Flessibilità Relazionale: ▶ Senso delle relazioni sociali Intellettuali: ▶ Analisi di problemi/situazioni Management: ▶ Pianificazione/organizzazione ▶ Leadership	Visione d'insieme della struttura Rete di collaborazione tra il personale per mantenere la qualità Gestione di progetti sulla promozione della qualità	
Gestione dei sistemi informativi interni ed esterni della struttura	Disciplinari: ▶ Analisi ▶ Comparazione ▶ Transfer delle conoscenze Gestionali: ▶ Valutazione ▶ Elaborazione Relazionali: ▶ Comunicazione ▶ Trasparenza Personali: ▶ Responsabilità	Personali: ▶ Iniziativa Relazionale: ▶ Senso delle relazioni sociali Intellettuali: ▶ Analisi di problemi / situazioni Management: ▶ Valutazione / controllo	Visione della necessità di dotare la struttura di nuove tecnologie	Limiti di budget

Attività	Competenze	Comportamenti	Punti forti	Punti deboli
Uso delle nuove tecnologie	Disciplinari: ▶ Analisi ▶ Comparazione ▶ Presa decisioni Gestionali: - ▶ Valutazione Personali: ▶ Agire ▶ Responsabilità Relazionali: - ▶ Negoziazione ▶ Comunicazione	Management: ▶ Valutazione/ controllo Intellettuali: ▶ Analisi di problemi/situazioni Personali: ▶ Iniziativa Relazionale: ▶ Senso delle relazioni sociali	Visione della necessità di dotare la struttura di nuove tecnologie	Limiti di budget

Grazie di cuore

