



PROGETTO APPROC COOPERAZIONE

ASSISTENZA DOMICILIARE

A cura di Irecoop Toscana Società Cooperativa

Coordinatore:

Giovanna Ferri

Daisi Manescalchi

Ricercatori:

Alessandra Echtner

Glenda Galeotti

INDICE

| | |
|--|---------|
| Premessa | pag. 2 |
| Metodologia e fasi di lavoro | pag. 3 |
| 1. Contestualizzazione del settore | pag. 5 |
| 1.1. Collocazione ISTAT | pag. 6 |
| 1.2. Dati strutturali e caratteristiche dimensionali delle imprese | pag. 7 |
| 1.3. Caratteristiche del mercato | pag. 13 |
| 1.3.1. La normativa regionale in materia di servizi socioassistenziali | pag. 13 |
| 1.3.2. La domanda e l'offerta di servizi di assistenza domiciliare | pag. 14 |
| 1.4. Caratteristiche del servizio | pag. 18 |
| 1.4.1 Evoluzioni in atto nel servizio di assistenza domiciliare | pag. 19 |
| 1.5. Caratteristiche dei processi di lavoro e loro articolazione in fasi | pag. 21 |
| 1.6. Innovazioni organizzative | pag. 29 |
| 1.7. Impatto di nuove normative (altri fattori esterni) | pag. 30 |
| 1.8. Indicazioni sul sistema professionale: figure critiche | pag. 30 |
| 2. Analisi del processo produttivo | pag. 34 |
| 2.1. Rappresentazione del ciclo standard del processo produttivo | pag. 35 |
| 3. Profili professionali | pag. 40 |
| 3.1. Assistente di base | pag. 41 |
| 3.2 Assistente familiare | pag. 49 |
| 3.3. Coordinatore del servizio di assistenza domiciliare | pag. 56 |
| 3.4. Operatore Socio Sanitario (OSS) | pag. 68 |
| 3.5. Supporto amministrativo | pag. 79 |

Premessa

Questo lavoro si inserisce in un contesto più ampio di progetti finanziati con il FSE dalla Provincia di Firenze, nell'ambito dell'Osservatorio Integrato del mercato del lavoro e volti alla sperimentazione di un percorso di analisi della domanda in termini di figure professionali e competenze, coerente con il sistema informativo e con gli standard della Borsa Nazionale del lavoro. In questo quadro *Confcooperative*, attraverso la partecipazione di **Irecoop Toscana Società Cooperativa** ai progetti APPROC, si è impegnata a realizzare, in collaborazione con le altre associazioni datoriali e sindacali del territorio, una ricostruzione dei processi produttivi e di alcuni profili professionali dei settori oggetto di studio. In particolare Irecoop Toscana si è occupata del settore della cooperazione con riguardo all'*assistenza sociale*.

L'obiettivo del progetto è volto a conoscere a fondo i sistemi produttivi e professionali dei settori oggetto di studio al fine di instaurare un contatto con le aziende del territorio provinciale e svolgere un lavoro di ricerca sul campo. In particolare il Irecoop Toscana si è occupata di ricostruire il processo produttivo dell'**assistenza domiciliare**.

Per ognuno dei processi produttivi, dopo aver ricostruito il sistema professionale, sono stati descritti alcuni profili, scelti in base ai criteri della "*criticità*" (ad esempio la difficoltà di reperimento, la scarsa presenza della figura nel bacino locale, l'offerta formativa non coerente con la domanda delle imprese) e della "*tipicità*" di appartenenza al processo oggetto di indagine.

Si è inoltre realizzato uno studio su 3 profili professionali (operatore socio assistenziale – OSA; psicologo supervisore e infermiere professionale) che si posizionano sul processo dell'*assistenza residenziale* e che sono stati inseriti nel relativo report.

L'elenco completo dei profili professionali oggetto di studio, è presentato nella tabella che segue.

| SETTORI | PROCESSI | PROFILI PROFESSIONALI |
|--------------------|-------------------------|--|
| ASSISTENZA SOCIALE | Assistenza domiciliare | 1. Assistente di base 2. Assistente familiare 3. Coordinatore servizio di assistenza domiciliare 4. Operatore socio sanitario (OSS) 5. Supporto amministrativo |
| | Assistenza residenziale | 1. Infermiere professionale 2. Operatore socio assistenziale (OSA) 3. Psicologo supervisore |

Metodologia e fasi di lavoro

Il lavoro che presentiamo di seguito propone un'analisi del processo indagato, l'*assistenza domiciliare*, articolata in tre distinte sezioni:

- contestualizzazione del settore;
- analisi del processo produttivo;
- descrittivi di profilo professionale.

Uno dei principali obiettivi dei progetti Approc consistevano infatti nell'approfondire la conoscenza dei settori oggetto di studio e, attraverso contatti diretti con alcune aziende del territorio provinciale fiorentino, giungere alla ricostruzione del "*ciclo di lavoro*" e dei profili professionali attraverso l'indagine empirica. L'approccio utilizzato si è basato pertanto sulla *dinamica dei processi organizzativi*, attraverso la quale siamo arrivati a cogliere le attività necessarie per una gestione ottimale dell'organizzazione. Ciò ha rappresentato il primo passo per individuare, successivamente, le risorse che le persone devono effettivamente attivare per essere ritenute *competenti* nei diversi ruoli professionali svolti.

La contestualizzazione del settore e l'analisi del processo produttivo sono state realizzate attraverso un'**analisi di desk** finalizzata all'acquisizione di informazioni di natura qualitativa e quantitativa sul settore/processo produttivo oggetto di indagine attingendo alle fonti statistiche disponibili, alla principale letteratura di settore e a ricerche e pubblicazioni esistenti. Ad integrazione ed arricchimento dell'analisi "a tavolino" sono state inoltre realizzate delle **interviste in profondità** ad osservatori privilegiati, indirizzate cioè a esperti di primo livello (quali ad esempio imprenditori, responsabili di produzione, artigiani, responsabili di stabilimento, direttori di produzione, ecc.) e di secondo livello (quali esperti di settore o responsabili di categoria).

Tali interviste, individuate nel numero minimo di 3 per ogni settore, sono state gestite attraverso il supporto di una traccia di intervista in profondità che affrontava le tematiche relative ai principali processi (ideazione, progettazione, produzione/erogazione, ecc.) attraverso i quali le imprese del settore realizzano l'output finale; le principali fasi in cui è possibile articolare i processi individuati; informazioni sulle figure professionali posizionate nelle diverse fasi del processo, con particolare riferimento alle figure critiche (ossia scarse, in evoluzione, nuove ecc.) oppure tipiche valutando, di volta in volta, in ragione dello stato

delle informazioni acquisite nell'analisi di desk, la necessità di affrontare le tematiche in maniera più o meno approfondita.

La successiva fase della ricerca, realizzata attraverso **interviste in profondità**, ha mirato alla ricostruzione dei profili professionali oggetto di studio in seguito all'elaborazione delle informazioni raccolte nei colloqui. La metodologia proposta ha previsto la realizzazione di 4 interviste per profilo professionale: 2 a soggetti che presidiano il ruolo e 2 a soggetti a cui il ruolo riferisce nell'organizzazione quali ad esempio capo reparto, responsabile di produzione ecc. Ove sia stato ritenuto opportuno sono state realizzate 3 interviste a soggetti che presidiano il ruolo e soltanto 1 a un responsabile a cui il ruolo riferisce.

I ricercatori hanno quindi rielaborato le informazioni emerse in sede di intervista compilando i descrittivi di profilo professionale (secondo lo standard adottato da Italia Lavoro-Isfol) che sono stati sottoposti per la validazione finale - attraverso lo strumento del **focus group** - ad esperti di settore.

Durante l'intero percorso di ricerca i ricercatori Approc hanno usufruito del supporto tecnico-metodologico offerto dal gruppo di lavoro del progetto Agorà.

Cogliamo l'occasione per ringraziare vivamente le aziende che hanno prestato la loro collaborazione nell'indagine sul campo manifestando interesse e disponibilità per le attività di ricerca svolte, in particolare:

- ❖ per il processo dell'*assistenza domiciliare* le **Cooperative Matrix** e **Il Girasole** che hanno partecipato alle interviste in profondità per la ricostruzione dell'analisi di settore, del ciclo di lavoro e dei profili professionali e la **Cooperativa Di Vittorio** che ha partecipato alle interviste in profondità per la ricostruzione dell'analisi di settore, del ciclo di lavoro e dei profili professionali e ai focus group di validazione finale del lavoro svolto;
- ❖ per il processo dell'*assistenza residenziale* la **Cooperativa Uliveto** che ha partecipato alle interviste in profondità per la ricostruzione dei profili professionali e le **Cooperative Olinto Fedi** e **Di Vittorio** che hanno partecipato alle interviste in profondità per la ricostruzione dei profili professionali e ai focus group di validazione finale del lavoro svolto.



PROGETTO APPROC COOPERAZIONE

ASSISTENZA DOMICILIARE

1. CONTESTUALIZZAZIONE DEL SETTORE

A cura di Irecoop Toscana Società Cooperativa

Coordinatori:

Giovanna Ferri

Daisi Manescalchi

Ricercatori:

Alessandra Ehtner

1.

Contestualizzazione del settore

1.1.

Collocazione ISTAT

I servizi *socio-sanitari* (o socio-assistenziali) e *socio-educativi*, sia residenziali che domiciliari, si collocano nella classificazione ATECO 2002 all'interno della divisione 85 "Sanità e assistenza sociale", gruppo 85.3 "Assistenza sociale" e, nello specifico, nelle classi 85.31 "Assistenza sociale residenziale", e 85.32, "**Assistenza sociale non residenziale**"¹. Quest'ultima, oggetto della nostra indagine, comprende le attività di assistenza sociale, di consulenza, di tutela sociale, di orientamento e di aiuto ai profughi eccetera, svolte a favore di individui o famiglie, al domicilio di questi o altrove, da enti pubblici o da organizzazioni private, da organizzazioni di soccorso alle vittime di calamità e da organismi nazionali o locali di assistenza, nonché da specialisti che forniscono servizi di consulenza.

Per completezza elenchiamo tutte le attività che ricadono nell'Assistenza sociale non residenziale mettendo in evidenza, tuttavia, che nel presente report saranno approfondite le attività di assistenza alle persone anziane presso il loro domicilio.

Le attività che ricadono nell'ambito dell'Assistenza sociale non residenziale riguardano:

- attività di asili nido, compresi gli istituti per bambini handicappati, non residenziali;
- attività di tutela e di orientamento di bambini e adolescenti;
- attività finalizzate all'adozione e alla prevenzione di maltrattamenti a danno di bambini;
- attività di assistenza agli handicappati adulti non ricoverati;
- attività di formazione o di riconversione professionale a favore di handicappati, purché la componente scolastica sia limitata;
- attività di riabilitazione (senza trattamento medico e senza ricovero) per tossicodipendenti e alcolizzati;
- **visite e assistenza sociale a persone anziane;**
- attività di assistenza ai senzatetto e ad altri gruppi socialmente sfavoriti;

¹ Occorre tenere presente che la collocazione dell'attività economica dell'impresa è riferita all'attività prevalente che la stessa svolge. E' molto probabile, quindi, che il dato relativo alle attività socio-assistenziali sia sottostimato.

- attività di beneficenza, raccolta di fondi o altre attività di supporto, inerenti ad opere di assistenza sociale;
- accertamento del diritto al ricevimento di aiuti, sotto forma di sussidi per l'affitto o di buoni per generi alimentari;
- consulenza in materia di bilanci familiari, attività dei consultori matrimoniali e familiari: attività a livello di comunità o di quartiere;
- assistenza alle vittime di calamità, profughi, immigrati eccetera, compreso il loro alloggiamento temporaneo o stabile.

1.2.

Dati strutturali e caratteristiche dimensionali delle imprese

Per dare un quadro di riferimento al settore dell'Assistenza sociale non residenziale riportiamo qui di seguito i dati Istat relativi alle province toscane, con particolare riferimento a quella di Firenze e ai comuni che ne fanno parte.

In ambito regionale, le imprese che operano nel campo dell'assistenza domiciliare non residenziale sono 1.346, con un bacino occupazionale di oltre 10 mila addetti. La dimensione media delle imprese del settore, approssimata dal numero di addetti per impresa, è pari a 7,8, con forti oscillazioni da una provincia all'altra. Nel dettaglio provinciale, infatti, si oscilla dai 3,8 addetti della provincia di Grosseto agli 11,2 di Lucca. Firenze è in perfetta media regionale, con 7,8 addetti per impresa.

In provincia di Firenze le imprese del settore sono 379, con un numero di addetti che sfiora le 3.000 unità.

Tabella 1
Imprese² e addetti al settore dell'Assistenza sociale non residenziale nelle
province toscane, 2001

| | Addetti 2001 | Imprese 2001 | Numero medio addetti per impresa |
|----------------|---------------------|---------------------|---|
| Massa Carrara | 495 | 76 | 6,5 |
| Lucca | 1.425 | 127 | 11,2 |
| Pistoia | 638 | 105 | 6,1 |
| Firenze | 2.973 | 379 | 7,8 |
| Prato | 697 | 80 | 8,7 |
| Livorno | 740 | 102 | 7,3 |
| Pisa | 1.058 | 149 | 7,1 |
| Arezzo | 1.316 | 140 | 9,4 |
| Siena | 861 | 110 | 7,8 |
| Grosseto | 299 | 78 | 3,8 |
| Toscana | 10.502 | 1346 | 7,8 |

Fonte: Istat, Censimento dell'industria e dei servizi, 2001

La distribuzione delle imprese nel dettaglio comunale della provincia, evidenzia una forte polarizzazione delle attività nel comune capoluogo, dove si concentrano le imprese (226 su 379) e gli addetti (2.332 su 2.973).

² Il termine "imprese" è usato in maniera generica, comprendendo istituzioni pubbliche e imprese private.

Tabella 2**Imprese³ e addetti al settore dell'assistenza sociale non residenziale nei comuni della provincia di Firenze, 2001**

| | Addetti 2001 | Imprese 2001 |
|-----------------------------|---------------------|---------------------|
| Bagno a Ripoli | 21 | 5 |
| Barberino di Mugello | 9 | 4 |
| Borgo San Lorenzo | 23 | 6 |
| Calenzano | 0 | 7 |
| Campi Bisenzio | 5 | 7 |
| Capraia e Limite | 0 | 2 |
| Castelfiorentino | 1 | 6 |
| Cerreto Guidi | 0 | 1 |
| Certaldo | 5 | 3 |
| Dicomano | 0 | 1 |
| Empoli | 244 | 17 |
| Fiesole | 6 | 4 |
| Figline Valdarno | 4 | 1 |
| Firenze | 2.332 | 226 |
| Firenze | 0 | 1 |
| Fucecchio | 4 | 7 |
| Gambassi Terme | 0 | 1 |
| Greve in Chianti | 0 | 4 |
| Impruneta | 23 | 3 |
| Incisa in Val d'Arno | 0 | 1 |
| Lastra a Signa | 32 | 7 |
| Marradi | 34 | 1 |
| Montaione | 0 | 1 |
| Montelupo Fiorentino | 2 | 2 |
| Montespertoli | 11 | 4 |
| Pelago | 0 | 1 |
| Pontassieve | 0 | 1 |
| Reggello | 1 | 3 |
| Rignano sull'Arno | 1 | 2 |
| Rufina | 0 | 1 |
| San Casciano in Val di Pesa | 1 | 3 |
| San Piero a Sieve | 0 | 1 |
| Scandicci | 71 | 15 |
| Scarperia | 1 | 3 |
| Sesto Fiorentino | 95 | 12 |
| Signa | 26 | 2 |
| Tavarnelle Val di Pesa | 3 | 2 |
| Vaglia | 0 | 1 |
| Vicchio | 7 | 4 |
| Vinci | 11 | 6 |
| Totale provincia | 2973 | 379 |

Fonte: Istat, Censimento dell'industria e dei servizi, 2001

³ Il termine "imprese" è usato in maniera generica, comprendendo istituzioni pubbliche e imprese private.

Il settore dell'assistenza sociale non residenziale è altamente femminilizzato. Infatti sul totale degli addetti in Toscana, rilevati dal censimento 2001, le donne rappresentano oltre i due terzi degli addetti (76,5%). Anche per quanto riguarda questo aspetto, così come abbiamo rilevato nel caso della dimensione, si registrano alcune differenze interessanti nel dettaglio provinciale. In particolare, la provincia in cui la presenza femminile è più contenuta è Massa Carrara (63,4%); il valore più elevato, per contro, si registra in provincia di Arezzo, dove le donne rappresentano l'83,4% degli addetti.

Il dato relativo alla provincia di Firenze si attesta al 71,9%, di qualche punto inferiore rispetto alla media regionale (76,5%).

Tabella 3

Presenza femminile nel settore dell'assistenza sociale non residenziale, 2001

| | Totale addetti | Di cui donne | Incidenza % donne su totale addetti |
|-----------------------|-----------------------|---------------------|--|
| Massa Carrara | 495 | 314 | 63,4% |
| Lucca | 1.425 | 1.116 | 78,3% |
| Pistoia | 638 | 435 | 68,2% |
| Firenze | 2.973 | 2.138 | 71,9% |
| Prato | 697 | 538 | 77,2% |
| Livorno | 740 | 597 | 80,7% |
| Pisa | 1.058 | 859 | 81,2% |
| Arezzo | 1.316 | 1.097 | 83,4% |
| Siena | 861 | 695 | 80,7% |
| Grosseto | 299 | 246 | 82,3% |
| Totale Toscana | 10502 | 8.035 | 76,5% |

Fonte: Istat, Censimento dell'industria e dei servizi, 2001

Stando ai dati dell'ultimo censimento, la realtà provinciale dell'Assistenza sociale non residenziale si presenta composta da 379 imprese, che si articolano in 448 unità locali. I 2.973 addetti si articolano in 2.948 dipendenti e 25 occupati indipendenti.

Comparando i dati dei censimenti 1991 e 2001 si rileva che l'attività di Assistenza sociale non residenziale ha subito una crescita decisamente consistente, come testimoniano l'aumento del numero delle imprese (+218,5%), del numero delle unità locali (+157,6%) e, soprattutto, del numero degli addetti (+448,5%).

Tabella 4
Imprese⁴, Unità Locali, Dipendenti, e Addetti al settore dell'Assistenza sociale non residenziale Provincia di Firenze, 1991 e 2001

| | 1991 | 2001 | Variazione % 1991-2001 |
|-------------------|------|-------|---------------------------|
| Imprese | 119 | 379 | +218,5% |
| Unità locali | 178 | 448 | +168,5% |
| Addetti | 542 | 2.973 | +448,5% |
| Di cui dipendenti | 47 | 2.948 | +6.172,3% |

Fonte: Istat, Censimento dell'industria e dei servizi, 1991 e 2001

Come emerge dai dati del Censimento del 2001, i servizi sociali non residenziali sono gestiti da strutture pubbliche e private che si differenziano per forma giuridica, modalità organizzative e numero di addetti. Cominciamo dalla forma giuridica: il 90,2% sono "istituzioni non profit", il 5% istituzioni pubbliche e l'1,6% società cooperative (escluse cooperative sociali) e imprese individuali.

Nelle istituzioni non profit si concentra l'85,4% degli addetti; le istituzioni pubbliche occupano il 7,6% degli addetti del comparto mentre le società cooperative ne occupano il 6%.

Fra il 1991 e il 2001, le imprese individuali e le società di persone sono rimaste invariate, anche se gli addetti sono diminuiti. Per contro, le istituzioni pubbliche sono cresciute in maniera sensibile (da 1 a 19 imprese) con un considerevole incremento degli addetti che sono passati da 3 a 226. La crescita maggiore però si registra nelle istituzioni non profit: le organizzazioni passano da 108 a 342; gli addetti da 481 a 2.540.

La forza della cooperazione in questo gruppo di attività sembra essere piuttosto contenuta se si considera che le cooperative (escluse le cooperative sociali) rappresentano una piccola percentuale dei soggetti economici (l'1,6% del totale) ed occupano un numero ridotto di addetti (il 6,0%).

A queste strutture, tuttavia, vanno aggiunte le 41 cooperative sociali (comprese tra le istituzioni non profit) che con 83 unità locali e 1965 addetti (tutti assunti come dipendenti) rappresentano il 12% delle organizzazioni ed occupano il 77,4% degli addetti all'ambito non profit.

⁴ Il termine "imprese" è usato in maniera generica, comprendendo istituzioni pubbliche e imprese private.

Tabella 5

Imprese dell'assistenza sociale non residenziale per forma giuridica aggregata in provincia di Firenze. Valori assoluti e composizione percentuale nel 2001; variazione percentuale 1991-2001

| IMPRESE | Valori assoluti | Composizione % | Variazione % 1991-2001 |
|----------------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Imprese individuali | 6 | 1,6% | - |
| Società di persone | 4 | 1,1% | - |
| Società di capitali | 2 | 0,5% | - |
| Società cooperative ⁵ | 6 | 1,6% | - |
| Istituzioni pubbliche | 19 | 5,0% | +1.800,0% |
| Istituzioni non profit | 342 | 90,2% | +216,7% |
| Totale | 379 | 100,0% | +218,5% |

Fonte: Istat, Censimenti del 1991 e del 2001

Tabella 6

Addetti alle imprese dell'assistenza sociale non residenziale per forma giuridica aggregata in provincia di Firenze. Valori assoluti e composizione percentuale nel 2001; variazione percentuale 1991-2001

| ADDETTI | Valori assoluti | Composizione % | Variazione % 1991-2001 |
|----------------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Imprese individuali | 6 | 0,2% | -53,8% |
| Società di persone | 10 | 0,3% | -77,8% |
| Società di capitali | 14 | 0,5% | - |
| Società cooperative ⁶ | 177 | 6,0% | - |
| Istituzioni pubbliche | 226 | 7,6% | +7.433,3% |
| Istituzioni non profit | 2540 | 85,4% | +428,1% |
| Totale | 2.973 | 100,0% | +2398,3% |

Fonte: Istat, Censimenti del 1991 e del 2001

Tabella 7

Imprese, unità locali con dipendenti, addetti e dipendenti, nelle istituzioni non profit dell'assistenza sociale. Provincia di Firenze, 2001. Valori assoluti.

| | Imprese | Unità locali con dipendenti | Addetti | Dipendenti |
|-------------------------------|----------------|--|----------------|-------------------|
| Associazione riconosciuta | 136 | 155 | 338 | 338 |
| Fondazione | 11 | 12 | 16 | 16 |
| Associazione non riconosciuta | 120 | 124 | 192 | 192 |
| Cooperativa sociale | 41 | 83 | 1.965 | 1.965 |
| Altre istituzioni non profit | 34 | 36 | 29 | 29 |
| Totale non profit | 342 | 410 | 2.540 | 2.540 |

Fonte: Istat, Censimento del 2001

⁵ Il dato non comprende la cooperazione sociale.

⁶ Il dato non comprende la cooperazione sociale.

1.3.

Caratteristiche del mercato

1.3.1

La normativa regionale in materia di servizi socio-assistenziali

Le politiche in materia socio-assistenziale della Regione Toscana hanno come riferimento la L.R. 72 del 3 ottobre 1997 (che in molti aspetti anticipa i contenuti della legge nazionale) e la L. 328/2000. Prima del 1997 la L.R. 108/95 disciplinava l'A.D.I. (assistenza domiciliare integrata) agli anziani non autosufficienti e poneva la Regione Toscana tra le prime a prevedere anche la forma indiretta del servizio rappresentata dall'assegno di assistenza. Con la L.R. 72/97 la Regione Toscana ha scelto di non definire normative di settore relative a singoli ambiti di intervento (anziani, handicap, minori), ma di dotarsi di una unica legge di indirizzo per stabilire obiettivi e finalità e definire i percorsi e gli strumenti della programmazione. La nuova normativa regionale ha recepito gli indirizzi, gli obiettivi, le finalità, le metodologie delle leggi relative ai singoli ambiti di intervento. La L.R. 72/97 in materia di organizzazione dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari nel territorio ribadisce la strategia di fondo e rafforza gli obiettivi della integrazione dei servizi socio-sanitari e dell'allargamento delle politiche sociali; introduce un nuovo principio, dell'unicità del soggetto gestore⁷; conferma, attraverso l'individuazione di strumenti organizzativi e tecnici più adeguati, la centralità del distretto socio-sanitario nell'elaborazione, nell'attuazione e nella gestione dei progetti di assistenza. La programmazione territoriale è svolta e assegnata alle articolazioni zonali delle Conferenze dei Sindaci, espressione dei comuni associati. L'insieme dei comuni ha il compito di individuare i bisogni e la domanda socio-assistenziale presente sul territorio, di elaborare il Piano di Zona degli interventi socio sanitari ed utilizzare il budget messo a disposizione dalla Regione per i programmi di settore (L.328/00). La Regione ha il ruolo di fornire indirizzi e riferimenti normativi, di indicare principi e finalità di carattere

⁷ La L.R. 72/97 prevede infatti che i servizi di assistenza abbiano una forte integrazione socio-sanitaria e il soggetto gestore deve essere unico: può essere l'Azienda Sanitaria Locale se delegata dai comuni associati, oppure l'associazione dei comuni. Tutti i comuni di quella zona socio-sanitaria, infatti, si mettono assieme utilizzando gli strumenti della L. 42/90 (il Consorzio, l'Associazione dei Comuni, l'istituzione il Comune gestore) e possono decidere di gestire in modo autonomo ma coordinato i servizi ad alta integrazione socio-sanitaria. La L.R. 72 individua con precisione quali sono questi servizi, quali sono i settori nei quali deve essere attuata e rispettata l'integrazione socio-sanitaria (articolazione dei servizi territoriali).

generale e di esercitare una funzione di monitoraggio, coordinamento e verifica dei risultati. I servizi soci assistenziali sono di competenza delle amministrazioni comunali. Tuttavia, per quanto riguarda la zona di Firenze e la zona Fiorentina Nord Ovest, viene indicato il distretto come sede integrata di accettazione delle domande dei cittadini. Nella zona Fiorentina Sud Est e nella zona Mugello gli interventi assistenziali e socio-assistenziali sono attivati direttamente dagli uffici dei servizi sociali comunali, che ricevono anche le domande. Nel Comune di Firenze, si è costituito un nuovo presidio presso ciascun territorio indicato come distretto/quartiere dove sono inseriti i servizi sociali integrati territoriali (SIAST), presso i quali sono ricondotte tutte le competenze afferenti al Comune e all'Azienda Sanitaria. L'effettiva erogazione delle prestazioni è soggetta ad una valutazione delle condizioni socio-economiche e a specifiche valutazioni professionali.

3.2

La domanda e l'offerta di servizi di assistenza domiciliare

Le trasformazioni demografiche della Toscana, soprattutto l'invecchiamento della popolazione che deriva dal persistente declino della natalità, sono in linea con quanto si registra a livello nazionale ed europeo ed influenzano la dimensione e la struttura della famiglia e la domanda di servizi.

Per quanto riguarda il nostro territorio, quello della provincia di Firenze, appare ormai evidente che i servizi di assistenza domiciliare di cui si occupano le cooperative sociali stanno aumentando per effetto di un'accresciuta domanda da parte dei cittadini (ad esempio gli anziani), ma anche perché la parte di servizi domiciliari gestiti direttamente da personale delle ASL o dei Comuni è ormai esigua. Gli enti pubblici hanno scelto di esternalizzare i servizi affidandoli a soggetti esterni per motivi economici, di flessibilità organizzativa e di esperienza e competenza che progressivamente questi stanno acquisendo. Contemporaneamente questi servizi di assistenza domiciliare stanno chiedendo una sempre maggiore qualificazione e professionalità alle persone che ci lavorano.

Questi sono servizi che 20-25 anni fa sono nati come articolazione dei servizi di tipo domestico, sempre più hanno dovuto rispondere a bisogni crescenti. Oggi è indispensabile per lavorare in questi settori essere forniti di titoli, quali addetto all'assistenza di base. L'evoluzione di questi servizi all'interno delle cooperative sociali riguardano: l'aumento delle incombenze tecnico organizzative da un lato e l'accrescere, dall'altro, della qualità

professionale del personale. Le competenze professionali, oltre che di base, devono specializzarsi per poter affrontare problemi diversi come quelli degli anziani afflitti da demenza o che soffrono di Alzheimer, o dei malati terminali.

Dalla nostra indagine emerge che i comuni della Provincia di Firenze bandiscono gare di appalto per l'assegnazione del servizio di assistenza domiciliare. Nell'area fiorentina, la quasi totalità di questi servizi (circa il 90-95%) sono gestiti dalla Cooperativa Di Vittorio. Nel Comune di Firenze questa organizzazione in ATI (Associazione Temporanea d'Impresa) con il Consorzio Zenit ormai da molti anni gestisce il servizio domiciliare, che recentemente è stato messo in appalto riconfermato alle stesse. Sempre la Di Vittorio gestisce anche tutto il servizio domiciliare dell'ASL 10 (dei Comuni dell'area nord-ovest di Sesto, Scandicci, Campi e Calenzano) che ha dimensioni numericamente più piccole del Comune di Firenze ma è pur sempre significativa. In merito all'acquisizione delle commesse attraverso appalti, negli ultimi anni la concorrenza nel settore è aumentata non solo per le presenze locali, ma anche extra regionali. La crescita della concorrenza genera la necessità di migliorare l'insieme degli elementi che vengono esaminati in sede di gara di appalto che sono aspetti sia di natura economica che di tipo progettuale e che riguardano l'esperienza, l'affidabilità, la professionalità degli operatori, il rapporto con il territorio, con le associazioni, il volontariato. Per quanto riguarda la committenza privata, lo sviluppo di questa attività stenta a prendere avvio anche se si registrano interessanti iniziative. Il costo non è alla portata di tutti e la concorrenza da parte di badanti extracomunitarie debilita lo sviluppo di questa attività senza ricorrere alle risorse pubbliche. Questi nuovi soggetti "non istituzionali" (come è il caso delle "badanti") sotto certi aspetti scavalcano la divisione del lavoro formale e normata e destabilizzano l'equilibrio tra i diversi soggetti ufficiali competenti ad intervenire. Infatti questo personale viene assunto privatamente dalla famiglia facendo concorrenza sia ai servizi dati in appalto che a quelli privati. C'è un tentativo che il Comune di Firenze sta facendo di rendere questa figura un po' meno officiosa tentando di darle una qualche forma di inquadramento e di formazione per sopperire anche alle differenze di bagaglio culturale che spesso le donne straniere hanno.

Esistono altre cooperative che offrono l'assistenza domiciliare rivolgendosi direttamente ai privati o attraverso l'erogazione di contributi quali "Vita Indipendente". Il Comune di Firenze interviene in aiuto alle persone handicappate erogando appositi contributi economici per il mantenimento di questi cittadini nel proprio ambito familiare e per favorirne la vita indipendente. I fondi dopo la necessaria autorizzazione delle Commissioni Assistenza dei

Servizi Sociali Territoriali sono erogati nel rispetto del Disciplinare approvato con delibera n. 2813/2322 del 20.12.95 della Giunta Municipale. I soggetti assistibili sono le persone con handicap gravi accertate ai sensi della L. 104/90 (art. 4); i soggetti adulti che godono di programmi di inserimento lavorativo o di formazione professionale al fine di sostenere o favorire tale partecipazione; i soggetti di età superiore ai 18 anni per favorire occasioni di vita di relazione.

L'iter procedurale per accedere al contributo economico che deve essere utilizzato per il pagamento dei servizi erogati da cooperative convenzionate con il Comune, specializzate nell'Assistenza domiciliare è il seguente:

- Le domande per fruire dei contributi per la vita indipendente devono essere presentate al Servizio Sociale Territoriale che provvede ad istruire la pratica ed a mettere a punto il Piano Individuale di intervento da parte del GOIF/GOM.
- La proposta di intervento redatta dall'Assistente Sociale titolare del caso viene valutata dalla Commissione Assistenza distrettuale che decide in merito tenuto conto anche dei fondi a disposizione.
- Il Responsabile del Servizio di Assistenza Territoriale comunica l'esito ai diretti interessati ed avvia le procedure per la messa in pagamento dando incarico agli uffici amministrativi della Direzione Sicurezza Sociale.
- L'intervento è rivolto a favore di adulti non autosufficienti, ad esclusione di coloro che usufruiscano già del servizio di "Assistenza Domiciliare".
- L'importo dell'assegno erogato per l'assistenza domiciliare viene determinato sulla base delle condizioni economiche.

Per poter dare un riferimento quantitativo degli utenti coinvolti nel servizio di assistenza domiciliare nel 2001, qui di seguito riportiamo i dati relativi alla Provincia di Firenze, suddivisi per Zone Socio Sanitarie (escluso Empolese).

Tabella 8
Utenza del servizio di assistenza domiciliare per zona socio-sanitaria. Provincia di Firenze, 2001. Valori assoluti.

| Zone Socio Sanitarie (escluso Empolese) | Assistenza Domiciliare Integrata Indiretta | | | | | | |
|--|--|-----|-----|---------------------|-----|------|-----------------------|
| | < di 65 anni | | | > di 65 anni | | | Totale beneficiari |
| | M | F | TOT | M | F | TOT | |
| Firenze* | | | | | | | 126 |
| Fiorentina Nord Ovest | | | | 18 | 44 | 62 | 62 |
| Fiorentina Sud Est | 1 | 1 | 2 | 5 | 20 | 25 | 27 |
| Mugello | | | | 3 | 9 | 12 | 12 |
| Totale | | | | | | | 227 |
| Totale Toscana | | | | | | | 1.640 |
| Zone Socio Sanitarie (escluso Empolese) | Assistenza Domiciliare Integrata Diretta | | | | | | |
| | < di 65 anni | | | > di 65 anni | | | Totale beneficiari |
| | M | F | TOT | M | F | TOT | |
| Firenze | 10 | 8 | 18 | 6 | 182 | 188 | 206 |
| Fiorentina Nord Ovest | - | - | - | 12 | 25 | 37 | 37 |
| Fiorentina Sud Est | 6 | 6 | 12 | 74 | 88 | 162 | 174 |
| Mugello | - | - | - | 16 | 59 | 75 | 75 |
| Totale | | | | | | | |
| Totale Toscana | | | | | | | 3.473 |
| Zone Socio Sanitarie (escluso Empolese) | Assistenza Domiciliare solo sociale | | | | | | |
| | minori di 65 anni | | | maggiori di 65 anni | | | Totale beneficiari |
| | M | F | TOT | M | F | TOT | |
| Firenze | 102 | 136 | 238 | 331 | 875 | 1206 | 1.444 |
| Fiorentina Nord Ovest | 6 | 12 | 18 | 50 | 98 | 148 | 166 |
| Fiorentina Sud Est | 20 | 24 | 44 | 74 | 154 | 228 | 272 |
| Mugello | 8 | 5 | 13 | 33 | 91 | 124 | 137 |
| Totale | | | | | | | |
| Totale Toscana | | | | | | | 6.669 |

* Firenze non ha fornito i dati parziali

Fonte: Regione Toscana - Dip. Diritto alla salute e delle politiche di Solidarietà - Osservatorio Sociale Regionale.

L'effettiva erogazione delle prestazioni è soggetta ad una valutazione delle condizioni socioeconomiche ed a specifiche valutazioni professionali ad parte del servizio socio sanitario di riferimento. Esistono organi preposti alla valutazione dei casi, quali:

- il S.I.A.S.T. Servizio Integrato Assistenza Sociale Territoriale per i quartieri del Comune di Firenze (sono le Unità Operative Territoriali presso i quali sono ricondotte tutte le competenze afferenti al Comune e all'Azienda Sanitaria dell'area di competenza). Nel caso di

assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti la valutazione del caso dovrà essere effettuata dall'Unità di Valutazione Geriatrica UVG⁸.

- i Centri di Terapia Domiciliare Cure palliative (ad es. Assistenza domiciliare integrata a pazienti oncologici terminali. Modalità di prenotazione ed accesso: Segnalazione da parte del medico di famiglia o dei familiari o dall'ospedale).

1.4. Caratteristiche del servizio

Nel caso di prestazione di servizi a domicilio dietro l'erogazione di contributi pubblici, la normativa di riferimento li suddivide in *assistenza domiciliare diretta* e *assistenza domiciliare indiretta*. Nel primo caso, i comuni della Provincia o i distretti socio sanitari indicano gare di appalto per la fornitura di questi servizi, quantificati in monte ore di assistenza che poi ogni Distretto socio sanitario afferente ai diversi Comuni o, nel caso di Firenze, ai quartieri, avrà il compito di distribuire secondo le necessità del territorio.

Nel caso dell'assistenza domiciliare indiretta, l'intervento si concretizza nell'erogazione di un contributo economico direttamente al privato che deve essere utilizzato per il pagamento dei servizi erogati da cooperative convenzionate con il comune e specializzate nell'assistenza domiciliare (Iscrizione ad un albo). Fanno parte ad esempio di questo tipo di servizio i contributi "Vita Indipendente" in aiuto alle persone handicappate sulla base di un progetto educativo, finalizzato all'acquisizione di autonomie per il mantenimento di questi cittadini nel proprio ambito familiare e per favorirne la vita indipendente.

⁸ Il soggetto anziano è di solito caratterizzato dalla presenza di più patologie (polipatologia), da un rischio molto elevato di danno iatrogeno (che deriva dall'uso di farmaci), e soprattutto dalla possibilità di incorrere in condizione di parziale o totale non autosufficienza. Alla base della non autosufficienza dell'anziano svolgono un ruolo rilevante almeno quattro ordini di fattori variamente interagenti tra di loro: la salute fisica, la salute mentale, la condizione socio-economica e la situazione socio-ambientale. E' l'Unità di Valutazione Geriatrica che valuta globalmente lo stato di salute e le potenzialità residue della persona anziana, ed ha come obiettivo la programmazione di uno specifico piano di intervento personalizzato, teso a mantenere il più a lungo possibile l'autosufficienza dell'utente. L'UVG è composta da un'equipe multidisciplinare che ha il compito di delineare una valutazione globale dell'anziano, attraverso una scheda di valutazione multidimensionale, analizzando le condizioni complessive di salute, identificandone i bisogni e orientandolo al servizio più idoneo. La modalità di accesso alle UVG può avvenire sia direttamente, che tramite il medico di base o dello specialista ospedaliero. Generalmente lo sportello di riferimento è collocato presso la sede del distretto dell'Azienda Sanitaria Locale. Il servizio erogato dalle Unità di Valutazione Geriatrica è a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Ci sono alcune cooperative sociali che offrono tale servizio direttamente ai privati, anche se i costi elevati e la concorrenza da parte delle Assistenti familiari agli anziani⁹ e il mercato nero rendono questo segmento di mercato difficilmente ampliabile. La situazione sembra migliore quando si offrono servizi specialistici, ad esempio infermieristici o rivolti ad un target ben definito (malati psichici, Alzheimer, malati terminali ecc.). Quando si ha che fare con patologie ben precise è più facile e frequente che si ricorra all'intervento di organizzazioni e realtà specializzate che, oltre a fornire l'assistenza domiciliare, prevedono servizi collaterali di aiuto e sostegno ai familiari.

Nel panorama provinciale risulta interessante l'esperienza di una cooperativa che fornisce assistenza domiciliare educativa (si distingue per le finalità degli interventi che non sono di natura assistenzialistica). La maggior parte di questi interventi si rivolgono ad utenti psichiatrici e riguardano il recupero o sviluppo di autonomie/abilità (ciò che devono apprendere) o la riattivazione delle competenze (che la persona ha ma che non utilizza).

1.4.1.

Evoluzioni in atto nel servizio di assistenza domiciliare

Nel settore dell'assistenza domiciliare le evoluzioni in atto possono essere ricondotte a:

- tendenza a trattare a domicilio situazioni anche complesse non solo dal punto di vista sociale, ma anche sanitario che tradizionalmente erano gestite in contesti di tipo ospedaliero. C'è una tendenza a spostare quanto possibile **a domicilio** interventi che finora venivano fatti prevalentemente in strutture esterne. Questo significa che gli addetti all'assistenza devono essere in grado di intervenire su situazioni più complesse dal punto di vista sanitario e relazionale;
- l'aumento della concorrenza sul mercato porta ad una maggiore **specializzazione del prodotto** offerto e delle modalità organizzative di erogazione;
- richiesta di servizi sempre più **integrati** anche dal punto di vista professionale; quindi non solo più l'addetto all'assistenza ma anche l'infermiere, il terapeuta, lo psicologo. Per quanto riguarda gli infermieri infatti questo risulta essere un punto di

⁹ E' un nuovo profilo professionale recentemente introdotto tra quelli dalla Regione Toscana e riguarda coloro che svolgono lavoro di cura e di assistenza nelle attività della vita quotidiana in favore di persone anziane o disabili in condizione di fragilità o di limitata autonomia. Questo profilo è stato introdotto per professionalizzare soprattutto le donne immigrate e per ridisegnare quello che prima era lo status di badante.

criticità, per la loro scarsa reperibilità sul mercato. Oggi come oggi per rafforzare gli interventi domiciliari c'è bisogno di infermieri e di addetti all'assistenza sempre più qualificati e con orientamenti specifici per servire le diverse casistiche.

- l'importanza che ha assunto il **mettersi in rete** con altre organizzazioni e realtà del territorio per la offrire di servizi sempre più di qualità e competitivi;
- ristrutturazione organizzativa dovuta ai processi di accreditamento alla qualità dei servizi; ciò comporta maggior qualificazione del personale a tutti i livelli.

Queste evoluzioni hanno tutte ricadute sul sistema professionale in termini di professionalità e specializzazione delle risorse umane coinvolte, su livelli diversi, nell'organizzazione ed erogazione dell'assistenza domiciliare.

Ci sono inoltre alcune evoluzioni auspiccate, come il progetto del Comune di Firenze del passaggio dall'offerta del servizio a un'offerta di buoni per acquistare un servizio dalle cooperative accreditate a fornirlo (in base all'esperienza nel settore specifico, alla professionalità degli operatori). Attualmente la maggior parte di questa tipologia di servizi viene erogata tramite gare di appalto e questo restringe notevolmente le possibilità di sviluppo di altre organizzazioni, soprattutto per le caratteristiche che ha questo settore nella provincia di Firenze.

Infine lo scenario futuro diventa ancor meno definibile alla luce dei cambiamenti che interverranno nell'ambito della sperimentazione della Società della Salute, come previsto dal Piano Sanitario regionale 2002-2004 e dal Piano Integrato sociale regionale 2002-2004. La Società della Salute¹⁰ è una sorta di compartecipazione o "consorzio" fra soggetti diversi quali Comuni e ASL che si pone l'obiettivo del rilancio della cultura dell'integrazione del sistema sanitario con quello socio-assistenziale, nonché il controllo dell'impiego delle risorse attraverso il governo della domanda e la promozione dell'appropriatezza dei consumi; dovrebbe portare a cambiamenti radicali, ma ancora è troppo presto poter capire in che direzione. La sperimentazione dovrà riguardare zone rappresentative di realtà locali differenti fra di loro per vastità di territorio, per densità di popolazione residente, per maggiore o minore presenza di servizi sociali e sanitari, per distanza dai capoluoghi di provincia, autorizzate alla sperimentazione sulla base anche dei criteri di qualità desumibili dai progetti presentati, congrui con le finalità proprie delle Società della Salute e conformi alle linee di indirizzo della sperimentazione. Le competenze che fino ad ora sono state suddivise tra ASL

¹⁰ Dovrà avere un governo snello con un presidente e un direttore. Il consiglio invece coinciderà con la conferenza socio sanitaria dei sindaci. Verranno previsti una Consulta del Terzo settore e un comitato di partecipazione con un ruolo propositivo nella programmazione dei servizi

(politiche e interventi sociosanitari) e Comuni (politiche sociali) potranno venir accorpate e conferite al consorzio con un governo unitario di servizi.

Attualmente, sulla carta, ci sono già 2 sperimentazioni che riguardano l'area nord- ovest e l'area fiorentina ma mancano i risultati operativi.

1.5.

Caratteristiche dei processi e loro articolazione in fasi

Cercando prima di tutto di dare una definizione dell'obiettivo strategico del servizio di assistenza domiciliare, questo risulta essere centrato sul mantenimento, quando possibile, della persona anziana all'interno della propria abitazione o della famiglia originaria, conservando in questo modo una delle condizioni vitali principali per l'anziano che avverte in maniera forte il radicamento e la vicinanza familiare. Inoltre, l'intervento di tipo domiciliare consente di ridurre il ricorso alla istituzionalizzazione degli anziani presso gli istituti, tendendo a favorire l'azione di governo, anche economica, dei ricoveri residenziali realizzabili così solo nel momento di effettivo e certificato bisogno.

Partendo proprio dal *Flussogramma* elaborato in fase di desk che illustra il processo di erogazione dell'assistenza domiciliare in fasi e attività è d'obbligo sottolineare che alcune di esse, come l'"Acquisizione commessa", rispondono a un tipo di organizzazione del lavoro specifica di un'azienda rispetto a un'altra.

Nell'area fiorentina, la quasi totalità dei servizi di assistenza domiciliare (circa il 90-95%), è data in appalto. Due delle cooperative interviste, tuttavia, forniscono il servizio direttamente ai privati e quindi non hanno al loro interno il processo di "acquisizione della commessa". Si parla in questi casi di una progettazione di massima del servizio che si intende offrire soprattutto in termini di analisi dei bisogni emergenti nel territorio di riferimento.

Per quanto riguarda altri processi, come ad esempio "organizzazione e pianificazione del servizio", e in modo specifico la fase presa in carico dell'utenza, queste sono più riconducibili a modelli standard di organizzazione e quindi accomunano il modo di procedere delle varie cooperative.

Processo 1 - Acquisizione della commessa

L'Ente Pubblico annuncia l'uscita nell'arco di un mese di un capitolato, il quale viene rilasciato previa richiesta di partecipazione che prevede la presentazione di una serie di documenti che accreditano quell'organizzazione a partecipare al bando di appalto. Il momento successivo è quello dell'uscita del capitolato, da questa data alla presentazione del "progetto offerta" i tempi non sono molto lunghi (circa un mesetto). C'è poi un po' di tempo che serve per la valutazione, affinché l'Ente possa visionare tutte le offerte anche se la decorrenza del servizio è fissata solitamente già nel capitolato. I tempi comunque sono sempre abbastanza stretti si va da circa 15 giorni a un mese.

Fase 1 - Ricerca informazioni

La partecipazione ad una gara di appalto richiede un lavoro a monte di ricerca, di acquisizione di informazioni, di individuazione di possibilità e di risposte tecniche che coinvolge un gruppo di professionalità che non sono le stesse che seguono direttamente il servizio, ma sono figure politiche e tecniche, quali il responsabile delle risorse umane (direttore dell'organizzazione del Personale), i dirigenti della cooperativa (che sono i referenti politici), il responsabile amministrativo (una figura che segue la parte economica-finanziaria dell'organizzazione di un servizio); il responsabile tecnico (di servizi, di zona, di aree territoriali), che segue soprattutto la parte tecnico organizzativa dei servizi.

Fase 2 - Progettazione Esecutiva

Una volta individuate le caratteristiche che il servizio dovrà avere, si redigono i contenuti del progetto, si stabilisce l'impostazione organizzativa. La figura chiave in questa attività è il responsabile della progettazione, che segue l'elaborazione del progetto; è quindi colui che raccoglie gli input sia politici che tecnico-organizzativi per stendere un documento che contenga tutta una serie di elementi.

L'ente pubblico, che mette a bando il servizio, definisce a monte quali devono essere gli obiettivi e i bisogni di un territorio a cui i partecipanti devono rispondere con il progetto che predispongono. L'appalto prevede un monte ore complessivo che poi si traduce in pacchetti di ore destinati a singoli utenti. Il servizio sociale di riferimento monitorizza l'utilizzo delle ore.

Processo 2 - Organizzazione e pianificazione del servizio

Una volta acquisito l'appalto si procede alla organizzazione, pianificazione generale delle attività e alla presa in carico dell'utenza.

Quando si ha che fare con servizi in appalto, buona parte dell'organizzazione del servizio è già descritta nel progetto presentato in fase di gara. Nel caso invece di servizi che si rivolgono a privati, in questa fase si definiscono sia l'organizzazione generale del servizio che le strategie operative.

La qualità dei servizi delle diverse cooperative si rifà, tra l'altro, alle caratteristiche del modello organizzativo. Le proposte infatti si differenziano in base al numero degli operatori coinvolti, al tipo di utenti e al numero dei casi che si prevedono o che si sa che saranno coinvolti.

Spesso in caso di appalti, se da un lato le attività da svolgere sono definite a monte, nell'attività di pianificazione e organizzativa c'è più libertà d'azione che riflette le scelte, le strategie e gli investimenti di ciascuna cooperativa.

Fase 1 - Raccolta delle richieste

Anche questa è una fase che si ritrova in modo più definito quando si ha a che fare con servizi in appalto o con cooperative sociali più strutturate. In questo caso i responsabili del servizio, coloro che curano il rapporto con l'ente, acquisiscono le richieste di attivazione del servizio, in cui vengono specificate le necessità dei diversi utenti.

Per quanto riguarda invece i privati in base alle nostre interviste emerge che le richieste passano per mezzo di telefonate, che vengono filtrate dall'Humanitas - per quelle tipologie di servizi che non possono essere coperte con il volontariato.

Per capire l'esigenza della famiglia, viene organizzato un incontro a cui prende parte la coordinatrice di servizio insieme all'assistente sociale che è una figura esterna alla cooperativa e che fa capo al servizio socio sanitario della ASL.

Fase 2 - Presa in carico dell'utente

La fase di presa in carico risulta simile in tutte le organizzazioni indagate. Dopo il primo contatto si attiva l'incontro tra il coordinatore dell'attività e il referente dei servizi sociali (assistente sociale titolare del caso). Nel caso che siano direttamente i privati a rivolgersi

all'organizzazione, l'incontro di presa in carico viene fatto dal coordinatore del servizio con i familiari del potenziale utente. E' comunque in questa fase che viene definito il quadro generale dell'utente, con il passaggio di informazioni relative all'anamnesi psico-fisica e alla necessità e ai bisogni che il servizio deve soddisfare. Quando è l'assistente sociale che attiva il servizio, questo mantiene la titolarità del caso quindi i coordinatori si occupano solo di organizzarlo ed eseguirlo. Nel caso che ci si trovi di fronte a patologie gravi (ad esempio psichiatri) oltre all'assistente sociale c'è anche lo specialista che ha in carico il caso. Gli specialisti e le figure paramediche quali infermieri, medici generici o specialisti e terapisti non rientrano tra il personale della cooperativa ma che fa capo al servizio socio sanitario.

Fase 3 - Definizione Programma Assistenza Domiciliare Personalizzato

Sulla base delle informazioni e delle indicazioni avute viene redatto il progetto individualizzato, risultato della collaborazione del servizio socio sanitario con il coordinatore dell'assistenza domiciliare. Nel caso di interventi non in convenzione con le ASL o con il comune, se si devono attivare richieste di contributi che possono coprire parzialmente o totalmente le spese dell'intervento, questi vengono attivati sulla base del progetto che si è redatto. In seguito avviene la predisposizione del servizio, con l'individuazione anche dell'operatore.

Il coordinatore è la persona che gestisce il rapporto diretto con il servizio sociale, spesso fa le visite domiciliari insieme all'assistente sociale e quindi verifica anche il progetto di intervento sul caso.

Processo 3 - Erogazione del servizio

Le cooperative sociali rispetto all'Ente che le investe dell'incarico sono esecutrici di un progetto, della sua verifica, della tenuta di un certo mandato, della propositività rispetto ad alcune possibili variazioni sul progetto individualizzato. La decisione rispetto all'avvio e alla conclusione di un intervento è comunque del servizio sociale mentre la cooperativa nel rispetto del budget a disposizione organizza il servizio predisponendo l'orario e individua gli operatori.

Fase 1 - Organizzazione delle risorse umane

Sulla base dell'output della fase precedente, il piano di lavoro, il coordinatore del servizio insieme al responsabile delle risorse umane, decide a chi affidare gli utenti presi in carico.

A fianco dei coordinatori le cooperative più strutturate cercano di sperimentare le figure dei supporti amministrativi che sono quelle figure di riferimento più quotidiano: raccolgono le telefonate degli operatori, degli utenti, trascrivono le presenze degli operatori. Il coordinatore è colui che dà il mandato all'operatore di prendere in carico l'utente. Il progetto individuale viene redatto nella fase precedente, quindi all'operatore vengono date le indicazioni sul tipo di attività che deve essere svolta presso quell'utente.

In questa fase il coordinatore del servizio si confronta con l'operatore passandogli tutte le informazioni del caso, avviene una vera e propria trasmissione di mandato dal coordinatore all'operatore. L'operatore deve sapere quali sono le caratteristiche della persona, quali sono le attività da svolgere, quali sono le figure di riferimento della persona, deve cioè avere in qualche modo un quadro che gli permetta di non andare allo sbaraglio. Possibili variazioni al progetto iniziale sono riportate al coordinatore che a sua volta gira direttamente al servizio sociale.

Fase 2 - Erogazione dell'assistenza domiciliare

Non è mai l'operatore che da solo cambia un tipo di intervento, anche quando ci sono delle situazioni che non può fronteggiare diversamente chiede sempre il parere e il supporto del coordinatore. Nel caso di servizi sovvenzionati da Enti la cooperativa non può cambiare un monte ore attribuito a un utente e deve dimostrare di averlo effettuato. Nel caso di modifiche è tenuta a chiedere l'autorizzazione e a fornire le motivazioni. Le modifiche non solo devono essere formalizzate al servizio sociale ma devono anche essere autorizzate dallo stesso.

Le prestazioni principali dell'assistenza domiciliare sono legate alla cura della persona e comprendono tutto ciò che riguarda la cura, l'igiene e pulizia personale, il bagno, il ricambio della biancheria personale, la vestizione e l'ausilio nell'alimentazione. A questi si aggiungono servizi accessori non rivolti direttamente alla persona, quali i servizi di pulizia e manutenzione di utensili e presidi usati dagli anziani e di aiuto alla loro deambulazione.

Ci sono servizi di aiuto nella tenuta della casa, tutto ciò che riguarda la garanzia di un ambiente pulito e dignitoso (lavaggio della biancheria e stiratura); per la pulizia approfondita

dell'ambiente o interventi di manutenzione allora il personale non è lo stesso e si attivano degli interventi straordinari che si definiscono di risanamento ambientale perché più legati all'ambiente di vita piuttosto che alla persona. Possono essere attivati servizi di aiuto nel disbrigo di commissioni; attività di segretariato sociale, di accompagnamento dal medico, presso servizi esterni come ai centri diurni o in ambulatori specializzati.

Gli assistenti domiciliari diventano anche delle figure di sostegno, ma in una situazione come quella attuale, in cui si assiste a tagli alle spese sanitarie, gli aspetti di sostegno psicologico vengono messi in secondo piano. Sicuramente sono previste azioni di sostegno, relazionale, di compagnia ma difficilmente c'è un progetto attivato esclusivamente sul sostegno psicologico e sulla socializzazione. La quasi totalità dei servizi in convenzione infatti sono attivati sull'emergenza e non con funzione educative e di prevenzione: si riscontrano difficoltà da parte delle amministrazioni anche per carenza di fondi, ad attivare interventi che non riguardino casi gravissimi.

Una criticità che emerge nell'erogazione del servizio riguarda la somministrazione dei farmaci, in quanto gli operatori assistenziali non possono somministrare farmaci, ma hanno questa titolarità solo gli infermieri che però sono difficili da trovare per i servizi domiciliari. L'operatore quindi non può decidere autonomamente, può solo sovrintendere, controllare che l'utente prenda la medicina oppure può ricordare al familiare di far prendere la medicina all'anziano. Le figure professionali che partecipano all'erogazione dell'assistenza domiciliare sono gli operatori socio-sanitari assistenziali (oss, ota, osa) e l'operatore assistenziale (assistente familiare) che rientrano tra il personale della cooperativa. A seconda della situazione clinica del paziente possono essere poi previste figure esterne quali infermieri professionali, medici specialisti, psicologi, terapisti per riabilitazione o altri specialisti, appartenenti al servizio socio sanitario.

Le tre realtà indagate si differenziano abbastanza per la tipologia di servizi offerti e per le modalità di erogazione, ma tutte sono accomunate dall'interesse e dalla disponibilità a mettersi in rete con le realtà del territorio in cui l'intervento viene espletato. Collaborare con associazioni o gruppi legati al volontariato e al mondo dell'associazionismo porta un valore aggiunto e gli operatori possano svolgere così un lavoro con più interventi di tipo professionale. Questo ovviamente dipende sia dal territorio sia dalla gravità delle persone.

Per quanto concerne le attività collaterali all'erogazione del servizio ci sono differenze sostanziali tra le realtà indagate: si passa dalla quasi inesistenza di procedure di verifica e supervisione se non a livello informale, dovute principalmente alla poca rilevanza del servizio

in termini quantitativi, fino alla strutturazione chiara e definita dovuta soprattutto alle procedure di qualità.

L'output di questa fase è la persona assistita presso il proprio domicilio.

Processo 4 - Valutazione

Per quanto riguarda il processo di valutazione le procedure sono sottoposte allo standard della qualità, per cui sono predisposti strumenti di valutazione in itinere e di valutazione finale.

L'operatore deve rendere conto del proprio operato attraverso l'utilizzo di strumenti che possono essere una relazione mensile (suddivisa in varie aree: sociale, comportamentale, patologica, fisica), oppure un diario settimanale in cui si annotano le cose significative o le variazioni sul programma che vengono decise. Queste documentazioni vanno nella cartella dell'utente e contribuiscono alla ridefinizione in itinere degli obiettivi dell'intervento. Se ci sono modifiche rilevanti da apportare al progetto individualizzato, queste devono essere discusse negli incontri mensili con l'equipe prima di essere proposte alle assistenti sociali o ai familiari.

La valutazione prevede sia momenti di verifica interni all'organizzazione che esterni da parte dei committenti. Ognuno degli "attori" del servizio di assistenza domiciliare valuta e viene valutato.

Fase 1 – Valutazione dell'utenza

La valutazione da parte dell'utente del servizio erogato è più difficile. C'è una verifica diretta attraverso il rapporto con l'operatore e si accolgono le segnalazioni possibili che gli utenti fanno.

La valutazione sul caso è un'attività che viene gestita dal coordinatore e dall'operatore/i di riferimento con il servizio sociale o la famiglia. Ci sono sia momenti d'incontro interni sui casi, che momenti di verifica collegiali, con una frequenza mensile. I verbali degli incontri sottoscritti vengono poi inseriti nelle cartelle degli utenti.

Fase 2 - Valutazione delle risorse umane impiegate

La verifica delle risorse umane impiegate viene valutata a partire dall'analisi della soddisfazione del cliente dei servizi domiciliari attraverso dei questionari dove vengono messi in evidenza alcuni indicatori quali la puntualità, la professionalità dell'operatore; il rapporto con il servizio, inteso come rintracciabilità del coordinatore, come possibilità di risposta ai bisogni espressi. In alcune organizzazioni viene data fondamentale importanza agli incontri mensili di supervisione, che diventano veri e propri momenti di formazione, ma danno anche la possibilità di valutare l'andamento dell'intervento e l'operatore stesso.

Rispetto alle principali evoluzioni in atto che riguardano il processo di erogazione di assistenza domiciliare, vorremmo sottolineare l'esperienza di una delle tre cooperative intervistate che per le caratteristiche organizzative del servizio, si distingue dal modello più standard del territorio di riferimento. Rivolgendosi comunque ad un'utenza prevalentemente psichiatrica, questa cooperativa utilizza come strumento cardine di sostegno agli interventi, la supervisione da parte di psicologi che diventa anche momento formativo per gli operatori. Nei costi mensili del servizio sono comprese quattro ore al mese così articolate: una supervisione mensile con uno psicologo per operatore due ore al mese; un'incontro di équipe e uno di équipe allargata, a cui partecipa, oltre all'operatore e il supervisore, l'assistente sociale, psichiatra e familiari. Mentre lo psicologo rientra nei costi del servizio, l'attività di coordinamento è un servizio completamente a carico della cooperativa in quanto le voci di spesa del servizio non comprendono una voce ad essa riferita.

Per quanto riguarda i processi di qualità inoltre ci sono degli strumenti di verifica annuali con un questionario strutturato del responsabile che fa una valutazione dell'operatore sia da parte di quest'ultimo che l'operatore valuta il servizio specifico e la cooperativa in generale.

Fase 3 - Valutazione del servizio erogato

La valutazione del servizio è abbastanza complessa e si struttura sia a livello interno che esterno. All'esterno il servizio sociale, gli utenti, la famiglia sono coinvolti nelle verifiche del servizio sia con incontri periodici in itinere che con la compilazione di questionari. Nelle grosse realtà cooperative si differenziano anche la tipologia delle verifiche. Ci sono infatti quelle esclusivamente tecnico-organizzative e quelle politiche: vi partecipano persone diverse in conformità con i ruoli che rivestono all'interno dell'organizzazione. Per quanto attiene la struttura interna viene tracciato un bilancio sull'organizzazione del servizio: quindi

sull'organizzazione di un ufficio domiciliare, sui rapporti tra quel coordinatore e quel servizio sociale, sul modo di lavorare degli operatori, sui costi del servizio. Gli incontri di verifica vengono fatti dal coordinatore, dall'operatore, dal responsabile tecnico ed eventualmente dall'ufficio del personale della cooperativa e infine dal responsabile amministrativo. Questi in definitiva sono anche i momenti in cui si gettano le basi di una riprogettazione, per aggiustamenti per aspetti che possono funzionare meno bene di altri.

1.6.

Innovazioni organizzative

Per quanto riguarda le innovazioni organizzative, queste risultano essere piuttosto contenute nelle cooperative intervistate. Tra quelle di minori dimensioni, le innovazioni riguardano principalmente gli strumenti operativi utilizzati, che sono modelli riconducibili alle procedure della qualità.

- Scheda attivazione caso per assistenza educativa domiciliare con anamnesi di partenza;
- Report da compilare da parte dell'operatore;
- Verbale dell'incontro annuale di verifica ad opera della équipe allargata sottoscritto anche dalla famiglia;
- Relazione mensile compilata dall'operatore e sue verifiche.

In altri casi le innovazioni sono legate alla sperimentazione di "figure particolari" o di supporto amministrativo da affiancare ai coordinatori dove queste nuove figure diventano un punto di riferimento più quotidiano, sono quelle che raccolgono le telefonate degli operatori, degli utenti, quelle che trascrivono le presenze degli operatori; o "figure jolly", cioè operatori con orari part-time che vengono impiegati quando ci sono delle emergenze per rendere meno gravosa la gestione dei servizi e per rispettare le regole contrattuali.

Per quanto concerne il sistema di organizzazione, soprattutto delle risorse umane direttamente operative, questo è studiato a tavolino e può essere variato soltanto da chi pensa all'organizzazione generale del servizio. Questa rigidità deriva dal servizio sociale che, rimanendo il titolare del servizio, deve autorizzare qualsiasi cambiamento rispetto al Progetto, come il monte ore attribuito a un utente. Importante è invece il tentativo di non abbinare mai un utente a un solo operatore. Infatti almeno nelle realtà più grandi, come minimo ogni utente è preso in carico da almeno due operatori, anche per evitare eccessivi rischi di coinvolgimento tra l'operatore e l'anziano.

Infine ultimamente è stato dato un nuovo impulso anche alla formazione interna in risposta all'alta richiesta da parte degli operatori di riqualificazione. Le cooperative, anche quelle di più grandi dimensioni, riescono a soddisfare solo in parte queste necessità, ad esempio organizzando corsi sull'Alzheimer per gruppi di operatori dei servizi domiciliari, o facendo sperimentazioni con l'associazione ANT per l'approccio all'assistenza ai malati terminali.

1.7.

Impatto di nuove normative (altri fattori esterni)

I procedimenti relativi alla certificazione di qualità hanno influenzato sia l'organizzazione sia le procedure interne come la creazione di modelli di valutazione dei servizi e delle risorse umane operanti.

Un accenno a parte merita la questione delle "Assistenti Familiari", una realtà con la quale un po' tutte le cooperative si stanno confrontando. Infatti questo personale viene assunto privatamente dalla famiglia facendo concorrenza sia ai servizi dati in appalto che a quelli privati. C'è un tentativo che il Comune di Firenze sta facendo di rendere questa figura un po' meno ufficiosa tentando di darle una qualche forma di inquadramento e di formazione per sopperire anche alle differenze di bagaglio culturale che spesso le donne straniere hanno.

Il tentativo è stato quello di formare 22 donne immigrate che, grazie ad un corso finanziato dalla Provincia di Firenze, si sono diplomate "Assistenti familiari agli anziani".¹¹

1.8.

Indicazioni sul sistema professionale: figure critiche

Dalle interviste realizzate emerge la difficoltà a delineare un sistema professionale standard nell'ambito delle attività di assistenza domiciliare. Infatti, i profili professionali rintracciabili nel settore possono diversificarsi al variare della dimensione e/o strutturazione della cooperativa.

¹¹ Il profilo di Assistente Familiare è un nuovo profilo professionale recentemente introdotto tra quelli dalla Regione Toscana e riguarda coloro che svolgono lavoro di cura e di assistenza nelle attività della vita quotidiana in favore di persone anziane o disabili in condizione di fragilità o di limitata autonomia.

Si possono rilevare, tuttavia, alcuni elementi comuni alle diverse realtà indagate.

La difficoltà di reperimento degli infermieri.

Secondo i nostri interlocutori, infatti, sono figure professionali che non si trovano facilmente. Dai nuovi corsi di laurea in Scienze Infermieristiche attivati sul territorio non usciranno queste figure prima di 3 anni e contemporaneamente molti infermieri tra quelli che vanno in pensione continuano a svolgere la professione confluendo però nel mercato nero;

La volontà di favorire la crescita interna alla cooperativa.

Questa progressione interna permette infatti di accumulare un'esperienza diretta in più ambiti, di conoscere i meccanismi interni sia alla struttura che al settore. Nelle realtà in esame, solitamente i coordinatori sono educatori professionali o persone laureate accomunati dalla provenienza dai servizi più operativi.

Ancora oggi il sistema professionale tipico del settore dell'assistenza domiciliare è presidiato dagli OSA (operatore socio assistenziale), una figura tradizionale ma sempre funzionale che potrebbe essere resa innovativa se in fase di formazione si lavorasse maggiormente sul tema delle relazioni, in modo specifico sulle competenze comunicativo/relazionali e dagli OSS (Operatori socio sanitari), figure professionali sempre più centrali nel campo dell'assistenza domiciliare e residenziale poiché mettono insieme competenze di tipo sociale con quelle di tipo sanitario. Decisamente superata invece risulta la figura degli OTA, più formata sul versante sanitario, che di fatto è sostituita dagli ancor più professionalizzati infermieri oppure dagli stessi OSS.

Queste figure professionali, ad eccezione degli infermieri, vengono formate attraverso specifici corsi di qualifica organizzati dalla regione Toscana. Le competenze di questi profili tendono a sovrapporsi anche se continuano ad essere differenziate per i percorsi formativi che permettono l'ottenimento delle qualifiche di riferimento. Per ottenere la qualifica di Addetto all'assistenza di base bisogna frequentare un corso della durata di 160 ore; per diventare OSA bisogna fare un corso di 600 ore; per ottenere la qualifica di OSS il corso prevede 1000 ore di formazione.

In questo momento vengono formati prevalentemente gli OSS, che prendono la qualifica per poi andare a lavorare principalmente nelle strutture pubbliche a cui ovviamente si accede per concorso. In questi ultimi operatori le aspettative sono più elevate, ambiscono ad andare a lavorare in ospedale e così se accettano un lavoro di assistenza presso una cooperativa lo

vivono come un momento transitorio e talvolta anche con frustrazione sotto l'aspetto economico.

Altra criticità del settore che emerge con chiarezza soprattutto nelle cooperative più strutturate è quella del turnover. Se da un lato è legato alla complessità che caratterizza i servizi domiciliari, che necessitano di personale sempre più qualificato, dall'altro è legato alle caratteristiche del servizio domiciliare stesso poco appetibile per figure professionalizzate. Quindi là dove può crescere la qualità dell'intervento, spesso i servizi domiciliari diventano occasioni di passaggio nel percorso lavorativo professionale di un'assistente qualificato perché ambiscono all'accesso a strutture residenziali, centri diurni che non comportano né spostamenti né la fatica psicologica di dover lavorare da soli, di essere in rapporti sempre molto diretti e forti con l'utenza; cosa che rende invece il servizio domiciliare per alcuni aspetti estremamente interessante ma con una tenuta degli operatori un po' più debole.

Questo servizio richiede quindi un gran numero di operatori con una difficoltà a garantire sempre figure professionalizzate e qualificate. C'è una tenuta da parte dell'operatore più difficile da sostenere in questo servizio rispetto ad altri, perché c'è un maggior logoramento dal punto di vista professionale, psicologico e umano in questo ambito tanto che spesso questo diventa un servizio di "transito" verso la struttura pubblica, quindi verso una situazione di maggiore stabilità anche dal punto di vista economico

Nelle cooperative meno strutturate, quindi con meno operatori, è più facile che emerga come criticità, rispetto alle figure professionali che vengono utilizzate per l'erogazione del servizio, la mancanza di operatori maschi. Alcuni progetti educativi hanno proprio lo scopo di affiancare un operatore maschio o femmina per le caratteristiche e le necessità che emergono dall'anamnesi del caso. Ma se da una parte l'utenza è prevalentemente maschile, di contro gli educatori sono quasi tutti di sesso femminile per il tipo di formazione che la maggior parte di loro hanno e per un retaggio culturale che lega la figura femminile a lavori di cura della casa delle persone.

Secondo quanto emerso dalle interviste, negli ultimi anni anche i neo laureati in psicologia stanno cercando di trovare sbocco nel mercato del lavoro attraverso il mondo delle cooperative anche se il loro profilo non è abbastanza preparato sulla "cura" degli anziani. Per il momento non si è ancora sviluppata una forte sinergia con queste figure nel settore degli anziani mentre ciò avviene già nel settore della disabilità poiché lo psicologo, grazie alla preparazione culturale cura molto l'aspetto della scientificità dell'intervento.

Nel settore di cura agli anziani mancano gli educatori professionali cioè i laureati in Scienze dell'Educazione con specializzazione sugli anziani. In altri ambiti, quale quello dell'handicap,

ormai molto curati emergono ulteriori figure professionali come psicologi appena usciti dall'Università e alla loro prima esperienza lavorativa proprio per il fatto che gli interventi diventano prevalentemente di tipo psicologico.



PROGETTO APPROC COOPERAZIONE

ASSISTENZA DOMICILIARE

2. ANALISI DEL PROCESSO PRODUTTIVO

A cura di Irecoop Toscana Società Cooperativa

Coordinatori:

Giovanna Ferri

Daisi Manescalchi

Ricercatori:

Alessandra Echtner

Glenda Galeotti

SCHEDA N. 1 - RAPPRESENTAZIONE CICLO STANDARD PROCESSO: ASSISTENZA DOMICILIARE

| Flussogramma | Descrizione fasi e output | Tecnologie e modalità organizzative e strumentazione prodotta e/o utilizzata | Sistema professionale |
|--|--|--|---|
| <p style="text-align: center;">0. OBIETTIVI STRATEGICI</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">1. ACQUISIZIONE COMMESSA</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">2. ORGANIZZAZIONE E PIANIFICAZIONE DEL SERVIZIO</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">3. EROGAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">4. VALUTAZIONE</p> | <p>OBIETTIVI: PREVENIRE E RIMUOVERE LE SITUAZIONI DI BISOGNO E DI DISAGIO TRAMITE AIUTO SOCIO-SANITARIO ASSISTENZIALE, GARANTENDO FUNZIONALITA', ADATTABILITA' E IMMEDIATEZZA DEGLI INTERVENTI E RIDUZIONE DELL'OSPEDALIZZAZIONE E DELLA RESIDENZIALITA' DEGLI ASSISTITI SUL TERRITORIO.</p> <p>PROCESSO 1: INDIVIDUA E ANALIZZA LE TIPOLOGIE DI NUOVI SERVIZI EROGABILI, IL TARGET DI UTENZA POTENZIALE E DEI BISOGNI DEL TERRITORIO. SVOLGE INDAGINI SUGLI STRUMENTI/SERVIZI DI INTERVENTO DISPONIBILI SUL TERRITORIO. PROGETTA GLI ASPETTI TECNICO – LOGISTICI E OPERATIVI DEL SERVIZIO PER PARTECIPARE A BANDI O A GARE O PER OFFRIRE A PRIVATI IL SERVIZIO. IN MANCANZA DI APPALTO C'E' SUBITO LA SEGNALAZIONE DEI NOMINATIVI</p> <p>PROCESSO 2: ATTUA IL RAPPORTO INFORMATIVO CON LE ISTITUZIONI PREPOSTE AL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO E CON LE REALTA' DELLA RETE CIVILE SUL TERRITORIO. RACCOLTA DELLE RICHIESTE PRESENTATE PRESSO LE ISTITUZIONI. DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI DELL'INTERVENTO NEL 'PROGETTO INDIVIDUALIZZATO TRA LE ASS. SOCIALI E IL COORDINATORE DELL'ATTIVITA' . NEL CASO DI SERVIZI EROGATI DIRETTAMENTE A PRIVATI PRIMO CONTATTO DEL COORDINATORE E LA FAMIGLIA DEL POSSIBILE UTENTE PER ANALIZZARE IL QUADRO COMPLESSIVO DELLA SITUAZIONE.</p> <p>PROCESSO 3: REALIZZA IL PROGRAMMA DI ASSISTENZA DOMICILIARE PERSONALIZZATO. ATTUA OPERATIVAMENTE L'ASSISTENZA ALLA PERSONA. L'OUTPUT FINALE E' LA PERSONA ASSISTITA PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO.</p> <p>PROCESSO 4: PRESIDIA LA VALUTAZIONE E IL MONITORAGGIO CONTINUO, IN BASE AGLI OBIETTIVI PREFISSATI NEL PROGRAMMA PERSONALIZZATO DEI RISULTATI DELL'UTENTE, DEI MIGLIORAMENTI SANITARI, PSICHICI E DEL GRADO DI SODDISFAZIONE DELL'UTENTE E DELLA FAMIGLIA.</p> | <p>PROCESSO 1: NEL CASO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA, LA QUASI TOTALITÀ DEI SERVIZI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE SONO APPALTATI DAI COMUNI AD IMPRESE PRIVATE, CHE STIPULANO UNA CONVENZIONE CON L'ENTE PUBBLICO. PER QUANTO RIGUARDA L'ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA, I COMUNI POSSONO ELARGIRE UN CONTRIBUTO DIRETTAMENTE AL PRIVATO, CHE A SUA VOLTA LO UTILIZZERÀ PER PAGARE IL SERVIZIO (AD ES. CONTRIBUTO "VITA INDIPENDENTE" PER PORTATORI DI HANDICAP). LE COOPERATIVE CHE OFFRONO SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE DOVRANNO COMUNQUE ESSERE CONVENZIONATE CON IL COMUNE DI RIFERIMENTO (ISCRITTI AD UN ALBO). INFINE CI SONO COOPERATIVE E ASSOCIAZIONI CHE OFFRONO IL SERVIZIO DIRETTAMENTE AI PRIVATI.</p> <p>PROCESSO 2: - PIANI DI LAVORO - PROTOCOLLI DI LAVORO TRA LE STRUTTURE TERRITORIALI PREPOSTE - SCHEDE E FORMULARI INERENTI LA VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI SOCIOECONOMICHE E PROFESSIONALI DA PARTE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO DI RIFERIMENTO - PROGETTO INDIVIDUALIZZATO (DEFINISCE GLI OBIETTIVI DELL'INTERVENTO)</p> <p>PROCESSO 3: - MATERIALE RELATIVO ALL'INTERVENTO INDIVIDUALIZZATO (SCHEDE ANAMNESI, DI VERIFICA E VALUTAZIONE, PROGETTO D'INTERVENTO) - STRUMENTAZIONE VARIA (AUSILI PER LA CURA E L'IGIENE DELL'UTENTE)</p> <p>PROCESSO 4: - INCONTRI IN ITINERE DI SUPERVISIONE E VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO; INCONTRI PERIODICI; INCONTRO FINALE CON I SERVIZI SOCIOSANITARI - ELABORAZIONE DI SCHEDE VALUTATIVE IN ITINERE E REPORT FINALE</p> | <p>PROCESSO 1: - RESPONSABILE DEL SERVIZIO - RESPONSABILE AMMINISTRATIVO - RESPONSABILE MARKETING - RESPONSABILE RISORSE UMANE - PROGETTISTA</p> <p>PROCESSO 2: - RESPONSABILE DEL SERVIZIO - COORDINATORE DEL SERVIZIO - RESPONSABILE RISORSE UMANE - ASSISTENTE SOCIALE* - PSICOLOGO* - MEDICO GENERICO* - MEDICO SPECIALISTA*</p> <p>PROCESSO 3: - RESPONSABILE DEL SERVIZIO - COORDINATORE DEL SERVIZIO - SUPPORTO AMMINISTRATIVO - RESPONSABILE RISORSE UMANE - OPERATORE SOCIO-SANITARIO ASSISTENZIALE (OSS, OTA, OSA) - ASSISTENTE DI BASE - INFERMIERE PROFESSIONALE* - MEDICO SPECIALISTA* - PSICOLOGO* - TERAPISTA RIABILITAZIONE* - ASSISTENTE SOCIALE*</p> <p>PROCESSO 4: - RESPONSABILE DEL SERVIZIO - COORDINATORE DEL SERVIZIO - SUPPORTO AMMINISTRATIVO - OPERATORE SOCIO-SANITARIO ASSISTENZIALE (OSS, OTA, OSA) - INFERMIERE PROFESSIONALE* - ASSISTENTE SOCIALE - MEDICO SPECIALISTA* - PSICOLOGO*</p> |

N.B. Le figure professionali (*) non sono tipicamente presenti all'interno del mondo della cooperazione, ma più spesso inserite nelle ASL o in regime di libera professione.

SCHEDA N. 1.1 - ESPLOSIONE PROCESSO "ACQUISIZIONE COMMESSA" – ASSISTENZA DOMICILIARE

| Fase ACQUISIZIONE APPALTO | Descrizione attività e output | Tecnologie e modalità organizzative e strumentazione prodotta e/o utilizzata | Sistema professionale |
|--|---|--|---|
| <pre> graph TD A[0. OBIETTIVI STRATEGICI] --> B[1. RICERCA INFORMAZIONI] B --> C[2. PROGETTAZIONE ESECUTIVA] C --> D[PROGETTO ESECUTIVO] </pre> | <p><u>FASE 1:</u> ATTUA LA RICERCA DI INFORMAZIONI RELATIVE ALLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO, ALLE CARATTERISTICHE DELL'UTENZA A CUI RIVOLGERSI, ALLA CONCORRENZA. DELINEA L'INTEGRAZIONE E IL COORDINAMENTO DELLE STRUTTURE PUBBLICO/PRIVATE PRESENTI SUL TERRITORIO DI RIFERIMENTO E COINVOLTE. ACQUISISCE LE INFORMAZIONI RICHIESTE DAL BANDO O DALLA GARA. NEL CASO DI SERVIZI AVUTI IN APPALTO IN PRECEDENZA, ANALIZZA I REPORT DI VALUTAZIONE E PROCEDE A COLLOQUI CON I COORDINATORI PER VERIFICARE PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA ED APPORTARE VARIAZIONI.</p> <p><u>FASE 2:</u> REALIZZA IL PROGETTO ESECUTIVO DI ATTUAZIONE ED EROGAZIONE DEL SERVIZIO, INDIVIDUANDO GLI STRUMENTI OPERATIVI, LE RISORSE COINVOLTE, LE CARATTERISTICHE E LE MODALITÀ DI EROGAZIONE. DEFINISCE GLI INDICATORI DI EFFICACIA, EFFICIENZA E QUALITÀ' UTILIZZATI PER IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE.</p> <p><u>OUTPUT</u> PROGETTO ESECUTIVO</p> | <p><u>FASE 1:</u> - ANALISI DI MERCATO - STUDIO DEL TARGET POTENZIALE - ANALISI DELLE PROBLEMATICHE SOCIOSANITARIE TERRITORIALI - PROTOCOLLI DI INTESA (ASL, ENTI PRIVATI, ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO, COOPERATIVE SOCIALI, ENTE COMUNALE) - STIPULA DI ACCORDI CON ALTRE COOPERATIVE SOCIALI (ATI, ATS)</p> <p><u>FASE 2:</u> - ELABORAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER PARTECIPARE ALLA GARA D'APPALTO: FORMULARI, TABELLE DI COSTI</p> | <p><u>FASE 1:</u> - RESPONSABILE DEL SERVIZIO - RESPONSABILE RISORSE UMANE - RESPONSABILE AMMINISTRATIVO</p> <p><u>FASE 2:</u> - RESPONSABILE DEL SERVIZIO - RESPONSABILE MARKETING - RESPONSABILE AMMINISTRATIVO - PROGETTISTA</p> |

SCHEDA N. 1.2 - ESPLOSIONE PROCESSO "ORGANIZZAZIONE E PIANIFICAZIONE DEL SERVIZIO" – ASSISTENZA DOMICILIARE

| Fase PRESA IN CARICO UTENTI | Descrizione attività e output | Tecnologie e modalità organizzative e strumentazione prodotta e/o utilizzata | Sistema professionale |
|---|---|--|---|
| <pre> graph TD A[0. PROGETTO ESECUTIVO] --> B[1. RACCOLTA RICHIESTE] B --> C[2. PRESA IN CARICO UTENZA] C --> D[3. DEFINIZIONE PROGRAMMA ASSISTENZA DOMICILIARE PERSONALIZZATO] D --> E[OUTPUT: PIANO DI LAVORO] </pre> | <p>OBIETTIVI: DELINEARE UN SISTEMA DI OFFERTA DEI SERVIZI IN AMBITO DOMICILIARE DIFFERENZIANDO E PERSONALIZZANDO LE MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE-ASSISTENZIALI IN BASE AL TARGET DI UTENZA.</p> <p>FASE 1: ATTUA GLI SCAMBI INFORMATIVI CON GLI ENTI CHE HANNO RACCOLTO LE RICHIESTE DI ASSISTENZA, PASSAGGIO DELLE RICHIESTE.</p> <p>FASE 2: REALIZZA LA PRESA IN CARICO DEL SINGOLO UTENTE TRAMITE UN PRIMO CONTATTO IN MANIERA INTEGRATA CON GLI ORGANI PREPOSTI DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO (SIAS, ECC.) PER ANALIZZARE LA CARTELLA CLINICA DELL'UTENTE, METTERE A FUOCO LE PATOLOGIE E DEFINIRE IL QUADRO GENERALE DELL'UTENTE.</p> <p>FASE 3: GESTISCE, COORDINA E ORGANIZZA LA DISTRIBUZIONE LOGISTICA E TEMPORALE DEL PERSONALE COINVOLTO NELL'ASSISTENZA NEI RISPETTIVI LUOGHI DI EROGAZIONE DOMICILIARE DEL SERVIZIO. COLLOQUIO CON SPECIALISTI, FAMILIARI E UTENTE PER COMPILARE IL PIANO INDIVIDUALE DOVE SIANO STABILITI OBIETTIVI, ATTIVITA' DI MONITORAGGIO E VERIFICA, CONTROLLI DELLA SALUTE FISICA E PSICHICA.</p> <p>OUTPUT PROGRAMMA DI LAVORO ESECUTIVO NEL QUALE SI STABILISCE LA TIPOLOGIA DI OPERAZIONI DA ESEGUIRE, LA LORO FREQUENZA (GIORNALIERA/SETTIMANALE/PERIODICA). IL PIANO DI LAVORO E' COMPLETATO CON LA DESCRIZIONE DELLE FASI DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE DOMICILIARE.</p> | <p>FASE 1: - CARTA DEI SERVIZIO ADI - REGOLAMENTO DEI DIRITTI E DELLE RESPONSABILITA' - MODULISTICA DI DIMISSIONE PROTETTA E RICHIESTA ADI - MODULISTICA AUTORIZZAZIONE E ADESIONE FAMIGLIA/UTENZA - MODULI DI ISTRUZIONE ALLE FAMIGLIE/UTENZA - MODULISTICA RICHIESTA FARMACI/TERAPIE SPECIALI/CONSULENZA SPECIALISTICHE/ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI - MODULI DI RICHIESTA INTEGRAZIONI ECONOMICHE - MANUALE SICUREZZA E QUALITA' - ELENCO STRUTTURE ADDETTE (ASL, COOPERATIVE SOCIALI, ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO)</p> <p>FASE 2: - VISITA DOMICILIO UTENTE - SCHEDA SOCIO-SANITARIA UTENTE - PROGETTO INDIVIDUALE - CARTELLA CLINICA</p> <p>FASE 3: - SISTEMA PER IL MONITORAGGIO DEI DATI DI GESTIONE UTENZA/PERSONALE - SCHEDARIO E MODULI PER LE REGISTRAZIONI</p> | <p>FASE 1: - RESPONSABILE DEL SERVIZIO - COORDINATORE DEL SERVIZIO - ASSISTENTE SOCIALE</p> <p>FASE 2: - COORDINATORE DEL SERVIZIO - PSICOLOGO - ASSISTENTE SOCIALE - MEDICO GENERICO - MEDICO SPECIALISTA</p> <p>FASE 3: - RESPONSABILE DEL SERVIZIO - RESPONSABILE RISORSE UMANE - COORDINATORE DEL SERVIZIO</p> |

SCHEDA N. 1.3-ESPLOSIONE PROCESSO “EROGAZIONE DEL SERVIZIO” – ASSISTENZA DOMICILIARE

| Fase EROGAZIONE SERVIZIO | Descrizione Attività e output | Tecnologie e modalità organizzative e strumentazione prodotta e/o utilizzata | Sistema professionale |
|--|--|--|---|
| <pre> graph TD A[0. PIANO DI LAVORO] --> B[1. ORGANIZZAZIONE RISORSE UMANE] B --> C[2. REALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE] C --> D[OUTPUT: PERSONA ASSISTITA PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO] </pre> | <p><u>FASE 1:</u> REALIZZA L'ASSEGNAZIONE DEI CASI AGLI OPERATORI IN BASE ALLE CARATTERISTICHE DEGLI UTENTI E DEGLI OPERATORI. DEFINISCE L'ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE COINVOLTO IN TERMINI DI TEMPI E LUOGHI DELL'ASSISTENZA.</p> <p><u>FASE 2:</u> REALIZZA L'EROGAZIONE CONTINUATIVA A DOMICILIO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA; L'ATTUAZIONE DEI SERVIZI INERENTI IL GOVERNO DELLA CASA (PULIZIE DOMESTICHE, PREPARAZIONE DEL PRANZO, STIRATURA PANNI), TERAPIE MEDICHE (SOMMINISTRAZIONE FARMACI SOLO IN PRESENZA DI INFERMIERI), ATTIVITA' RICREATIVE DI SOSTEGNO PSICOLOGICO, DI ACCOMPAGNAMENTO (A FARE LA SPESA, A RITIRARE LA PENSIONE, ALL'AMBULATORIO MEDICO, A VISITE SPECIALISTICHE ESTERNE) DEFINISCE GLI INTERVENTI STRAORDINARI LEGATI ALLA BONIFICA DELL'AMBIENTE ABITATIVO, SERVIZI DI SUPPORTO COME MENSA</p> <p><u>OUTPUT:</u> CURA SOCIO-SANITARIA-ASSISTENZIALE QUOTIDIANA/PERIODICA DEL PAZIENTE ASSISTITO.</p> | <p><u>FASE 1:</u> - SCHEDARIO INFORMATICO DELL'UTENZA E DEGLI OPERATORI - CALENDARIO TURNI, REPERIBILITA', SOSTITUZIONI - GRIGLIA DI PRESENZE</p> <p><u>FASE 2:</u> - CARTELLA PAZIENTE DOMICILIARE - PROGRAMMAZIONE DIAGNOSTICA TERAPEUTICA E INFERMIERISTICA - STRUMENTAZIONE SANITARIA E MEDICALE</p> | <p><u>FASE 1:</u> - RESPONSABILE DEL SERVIZIO - COORDINATORE DEL SERVIZIO - SUPPORTO AMMINISTRATIVO - RESPONSABILE RISORSE UMANE</p> <p><u>FASE 2:</u> - OPERATORE SOCIO-SANITARIO ASSISTENZIALE (OSS, OTA, OSA) - ASSISTENTE DI BASE - INFERMIERE PROFESSIONALE - MEDICO SPECIALISTA - PSICOLOGO - TERAPISTA RIABILITAZIONE - ASSISTENTE SOCIALE</p> |

SCHEDA N. 1.4 - ESPLOSIONE PROCESSO “VALUTAZIONE” – ASSISTENZA DOMICILIARE

| Fase VALUTAZIONE | Descrizione Fasi e output | Tecnologie e modalità organizzative e strumentazione prodotta e/o utilizzata | Sistema professionale |
|---|--|---|---|
| <pre> graph TD A[0. CURA DOMICILIARE DELLA PERSONA] -.- B[1. VALUTAZIONE UTENZA] B --> C[2. VALUTAZIONE RISORSE UMANE IMPIEGATA NEL SERVIZIO] C --> D[3. VALUTAZIONE SERVIZIO EROGATO] D --> E[OUTPUT: REPORT DI VALUTAZIONE] </pre> | <p>FASE 1: ATTUA LA VALUTAZIONE IN ITINERE ED EX POST DEI MIGLIORAMENTI MEDICI PSICOSOCIALI DEGLI UTENTI, CON INCONTRI PERIODICI TRA COORDINATORE ED OPERATORI DEL SERVIZIO; INCONTRI CON ASSISTENTE SOCIALE, CON LA FAMIGLIA E LA RETE SOCIALE. EVENTUALI CONTATTI CON SPECIALISTI. VERIFICA DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DEL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO.</p> <p>FASE 2: REALIZZA LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA E DELLA COMPETENZA DELLE RISORSE UMANE IMPIEGATE NELL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO IN ITINERE E FINALE, ANCHE ATTRAVERSO INCONTRI DI SUPERVISIONE.</p> <p>FASE 3: EFFETTUA IL MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA; ASSICURA L'EROGAZIONE UNIFORME ED EFFICIENTE E LA RISPOSTA DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI ALLE FINALITA' DEL SERVIZIO; ASSICURA UN SERVIZIO QUALITATIVAMENTE IDONEO AL SODDISFACIMENTO DEI BISOGNI DEGLI UTENTI. VALUTAZIONE INTERNA EFFETTUATA DEL RESPONSABILE DEL SERVIZIO, DAL COORDINAMENTO E DAGLI ORGANI DI GESTIONE DELLA COOPERATIVA; VALUTAZIONE ESTERNA FATTA DAL SERVIZIO SOCIO SANITARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>OUTPUT: REPORT DI VALUTAZIONE RESOCONTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA IN BASE AGLI INDICATORI DI EFFICACIA, EFFICIENZA E QUALITA'</p> | <p>FASE 1: - CARTELLA PAZIENTE DOMICILIARE CON PROGETTO EDUCATIVO - PROGRAMMAZIONE DIAGNOSTICA, TERAPEUTICA E INFERMIERISTICA - STRUMENTAZIONE SANITARIA E MEDICALE - SCHEDE E GRIGLIE DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE - VERBALI DEGLI INCONTRI - VISITE PRESSO IL DOMICILIO DELL'UTENZA E CONTATTI CON L'UTENZA</p> <p>FASE 2: - SCHEDE DI VALUTAZIONE DEL SERVIZIO DA PARTE DELL'UTENZA E DEI FAMILIARI - INCONTRI CON L'UTENZA E I CON I FAMILIARI - VERBALI E SCHEDE DEGLI INCONTRI DI SUPERVISIONE</p> <p>FASE 3: - TABELLE DI RIFERIMENTO E PARAMETRI PIANO QUALITA' DELLE PROCEDURE - VERBALI E SCHEDE DI RILEVAZIONE DELL'ANDAMENTO DEL SERVIZIO</p> | <p>FASE 1: - RESPONSABILE DEL SERVIZIO - COORDINATORE DEL SERVIZIO - OPERATORE SOCIO-SANITARIO ASSISTENZIALE (OSS, OTA, OSA - INFERMIERE PROFESSIONALE</p> <p>FASE 2: - RESPONSABILE DEL SERVIZIO - COORDINATORE DEL SERVIZIO</p> <p>FASE 3: - RESPONSABILE DEL SERVIZIO - COORDINATORE DEL SERVIZIO - SUPPORTO AMMINISTRATIVO - ASSISTENTE SOCIALE - MEDICO SPECIALISTA - PSICOLOGO</p> |



PROGETTO APPROC COOPERAZIONE

ASSISTENZA DOMICILIARE

3. PROFILI PROFESSIONALI

A cura di Irecoop Toscana Società Cooperativa

Coordinatori:

Giovanna Ferri

Daisi Manescalchi

Ricercatori:

Alessandra Echtner

Glenda Galeotti

3.1. ASSISTENTE DI BASE

1. INFORMAZIONI GENERALI

| | |
|---|--|
| 1.1 DENOMINAZIONE | Assistente di base |
| 1.2. ALTRE DENOMINAZIONI | Addetto all'assistenza personale a domicilio |
| 1.3 SETTORE/I | Assistenza sociale |
| 1.4 DESCRIZIONE | <p>Finalità. Erogare il servizio di assistenza di base domiciliare, rispondendo ai bisogni dell'utente preso in carico, con l'obiettivo di mantenerlo nel proprio ambiente attraverso interventi volti a favorirne l'autonomia personale, nel rispetto della sua autodeterminazione.</p> <p>Riferimenti giuridici. L. 328/2000 – L. R. 40/2005.</p> <p>Contesti lavorativi possibili. Cooperative sociali, associazioni di volontariato, strutture sanitarie. Il lavoro si svolge presso il domicilio degli assistiti che, nell'arco della giornata lavorativa, possono essere più di uno.</p> <p>Tendenze evolutive possibili. Non si ravvisano particolari tendenze evolutive della figura in oggetto, anche se i compiti richiesti sono sempre più incentrati sugli aspetti di tenuta degli ambienti domestici e sulla socializzazione.</p> <p>Per quanto riguarda le possibili evoluzioni del servizio, si stanno delineando ipotesi sempre più probabili di privatizzazione, a cui si assocerebbe il progressivo superamento del sistema delle gare di appalto. Questo elemento sta inducendo molte cooperative a rivedere le linee di sviluppo del servizio verso nuove filiere di intervento.</p> |
| 1.5 BREVE DESCRIZIONE (PREREQUISITI) | Non sono previsti requisiti formali per lo svolgimento dell'attività. E' preferibile tuttavia aver frequentato corsi di formazione professionale specifici. Per accedere ai corsi di formazione professionale della Regione Toscana è necessario il diploma di scuola media inferiore e il compimento del 18° anno di età alla data del 31 dicembre dell'anno formativo in cui inizia il corso. E' richiesta, infine, una certificazione di sana e robusta costituzione. |

2. DATI IDENTIFICATIVI DEL PROFILO

| | |
|--|--|
| 2.1 AREA PROFESSIONALE¹² | ATECO 85.32 “ASSISTENZA SOCIALE NON RESIDENZIALE” |
| 2.2. DENOMINAZIONE ISTAT¹³ | “ADDETTO ALL'ASSISTENZA PERSONALE A DOMICILIO” |
| 2.3 CODICE ISTAT¹⁴ | 5.5.3.5 |
| 2.4. ALTRE DENOMINAZIONI ISTAT¹⁵ | “ASSISTENTE DOMICILIARE” “OPERATORE SOCIALE PER ASSISTENZA (DI VARIO GENERE) A DOMICILIO” |

¹² Secondo la versione del Decreto Ministro del lavoro 30 maggio 2001

¹³ Idem

¹⁴ Idem

¹⁵ Idem

3. PROCESSI

| | | |
|---|--|---|
| 3.1 PROCESSO | Denominazione e breve descrizione: Erogazione del servizio di assistenza domiciliare Il processo realizza il programma di assistenza domiciliare personalizzato e attua operativamente l'assistenza alla persona. Nell'ambito del processo si individuano due fasi: <i>l'organizzazione delle risorse umane</i> e <i>la realizzazione dell'assistenza domiciliare</i> . | |
| | INPUT del processo: Piano di lavoro | OUTPUT del processo: Persona assistita presso il proprio domicilio |
| FASE 2 Realizzazione dell'assistenza domiciliare | | |
| ATTIVITA' SVOLTE | | |
| Input dell'attività↓ | ATTIVITA' ↓¹⁶ | Output dell'attività↓ |
| - Indicazioni del piano attività personalizzato - Materiali, strumenti, ausili | Supporto nella gestione dei bisogni personali essenziali | - Persona supportata nella gestione dei bisogni personali essenziali - Resoconto delle attività realizzate |
| - Indicazioni del piano attività personalizzato - Indicazioni utente/familiari | Gestione delle attività domestiche | - Persona supportata nella gestione delle attività domestiche - Resoconto delle attività realizzate |
| - Indicazioni del piano attività personalizzato - Indicazioni utente/familiari - Eventuali indicazioni mediche per regimi dietetici particolari | Preparazione dei pasti e cura della somministrazione | - Persona supportata nella preparazione e nella somministrazione dei pasti - Resoconto delle attività realizzate |
| - Indicazioni del piano attività personalizzato | Supporto alla persona per il recupero e il mantenimento della socialità | Persona supportata nel recupero/mantenimento della socialità |

¹⁶ Ad ogni attività, secondo il metodo di IL, corrisponde una competenza.

4. COMPETENZE

| 4.1.1 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | N* |
|--|--|----------------------------------|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | |
| Supportare | la gestione dei bisogni personali essenziali | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito</i> - max 20 caratteri | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - leggere ed interpretare i bisogni reali dell'utente - assistere la persona nell'igiene personale - assistere la persona nelle operazioni di vestizione - ricordare le prescrizioni mediche - dispensare cure preventive (prevenzione del decubito...) - osservare il comportamento e le dinamiche relazionali in cui è inserito l'utente e segnalare eventuali anomalie | | |
| CONOSCENZE max 60 caratteri | | ABILITA' max 60 caratteri |
| Nozioni di igiene | Applicazione di procedure, tecniche standard per dispensare cure igieniche e di comfort (fare la barba, aiuto nel cambio biancheria, ecc.) | |
| Elementi di psicologia dell'adulto e geriatria | Applicazione di modalità di lettura ed interpretazione dei bisogni dell'assistito | |
| Nozioni di base su patologie e relative sintomatologie | Applicazione di modalità e tecniche per la movimentazione di persone inferme o parzialmente non autosufficienti, con handicap... | |
| Caratteristiche, regole ed assetto organizzativo della struttura in cui si presta servizio | | |
| Nozioni e normative in ambito sociale | Uso di strumenti ed ausili per la movimentazione e deambulazione | |
| Nozioni di gestione di comunicazione e conflittualità | Applicazione di criteri e modalità per riconoscere necessità di intervento medico o paramedico | |
| Modalità e tecniche per la movimentazione di persone inferme o parzialmente autonome, con handicap... | Uso di un linguaggio adeguato per trasferire informazioni/ istruzioni agli assistiti | |
| Strumenti ed ausili per la movimentazione e la deambulazione | Uso di modalità di comunicazione di tipo empatico | |
| Procedure, tecniche standard per dispensare cure igieniche e di comfort (fare la barba, aiuto nel cambio biancheria, ecc.) | | |
| Eventuali note: | Eventuali note: | |

* Segnalare, con una X, se la competenza o l'elemento sono nuovi, ossia non presenti nella banca profili.

| 4.1.2 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | N* |
|---|--|----------------------------------|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | |
| Svolgere | attività di gestione domestica in senso lato | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito</i> - max 20 caratteri | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - pulire e riordinare gli ambienti domestici, in particolare l'ambiente vicino alla persona (letto, comodino, ecc.) - disbrigare pratiche di natura burocratica e commissioni (spesa, pagamento utenze, tasse, prescrizioni mediche, ecc.) - gestire piccole somme di denaro per conto dell'utenze e/o dei familiari - coordinarsi con la famiglia se richiesto dal contesto (capacità di intendere dell'assistito, condizioni di salute particolari...) | | |
| CONOSCENZE max 60 caratteri | | ABILITA' max 60 caratteri |
| Norme sicurezza nei luoghi di lavoro | Uso elettrodomestici e strumentazione per la pulizia | |
| Tipologia prodotti per igiene degli ambienti | Uso prodotti adeguati per la pulizia degli ambienti | |
| Stili e tecniche di comunicazione | Applicazione di modalità e tecniche per la pulizia degli ambienti | |
| Stili di comportamento | Applicazione di tecniche di comunicazione efficace con l'utente e familiari e altri figure di riferimento | |
| Modalità e tecniche per la pulizia degli ambienti | Applicazione di modalità di presentazione e comportamenti finalizzati a creare un rapporto di fiducia con l'utente e i familiari | |
| Norme di igiene e sanificazione | | |
| Regole e procedure per espletare pratiche amministrative della gestione della casa | Disbrigo di pratiche amministrative domestiche | |
| Elementi inerenti l'approvvigionamento domestico | Applicazione di criteri per realizzare l'approvvigionamento domestico | |
| | Applicazione di regole e procedure per il disbrigo di pratiche amministrative legate alla gestione domestica e alle esigenze di vita dell'utente | |
| | | |
| Eventuali note: | Eventuali note: | |

| 4.1.3 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | N* |
|---|--|----------------------------------|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | |
| Preparare | pasti e curarne, se necessario, la somministrazione | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito</i> - max 20 caratteri | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - rispondere ai bisogni alimentari dell'utente, tenendo conto delle abitudini e delle eventuali prescrizioni mediche - leggere o acquisire informazioni su eventuali diete che l'assistito deve seguire giornalmente o settimanalmente - controllare l'integrità degli alimenti - mondare e tagliare gli alimenti - dosare gli alimenti secondo eventuali indicazioni dietetiche o informazioni acquisite da familiari - cucinare gli alimenti secondo le abitudini e le eventuali prescrizioni dietetiche - aiutare, se necessario, la persona assistita nelle operazioni di fruizione del pasto - pulire e riordinare gli ambienti e gli strumenti/utensili utilizzati per la preparazione/somministrazione dei pasti - riporre e conservare adeguatamente gli alimenti secondo le caratteristiche di durata e deperibilità | | |
| CONOSCENZE max 60 caratteri | | ABILITA' max 60 caratteri |
| Nozioni di dietetica | Applicazione di modalità e tecniche di preparazione e cottura degli alimenti | |
| Nozioni di cucina | Uso corretto di istruzioni/disposizioni dietetiche | |
| Caratteristiche dei prodotti detergenti per stoviglie | Applicazione di regole e tecniche di conservazione degli alimenti | |
| Norme su conservazione degli alimenti | Attenersi , se non controindicato, alle abitudini alimentari dell'utente | |
| Norme inerenti la salute, l'igiene e la sicurezza | Uso corretto di prodotti detergenti per stoviglie | |
| Caratteristiche e funzionamento di elettrodomestici e strumenti di pulizia | Uso di elettrodomestici e strumenti di pulizia | |
| Modalità e tecniche di pulizia | Applicazione di modalità e tecniche di pulizia | |
| Strumenti e tecniche di aiuto nella somministrazione dei pasti | Applicazione di strumenti e tecniche di aiuto nella somministrazione dei pasti | |
| Eventuali note: | Eventuali note: | |

* Segnalare, con una X, se la competenza o l'elemento sono nuovi, ossia non presenti nella banca profili.

| 4.1.4 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | N* |
|---|--|----------------------------------|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | |
| Sorvegliare e fare compagnia | all'utente | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito - max 20 caratteri</i> | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • realizzare interventi tesi a favorire l'autosufficienza del soggetto nell'attività giornaliera • dialogare ed intrattenere la persona su temi che possano interessarla ed attivarne la memoria • assistere la persona durante occasioni sociali perché possa partecipare alle attività comuni • ascoltare la persona • segnalare alla famiglia e/o ai referenti delle cure eventuali aspetti che potrebbero avere un rilevanza medica | | |
| CONOSCENZE <i>max 60 caratteri</i> | | ABILITA' <i>max 60 caratteri</i> |
| Tecniche di comunicazione e relazionali | Applicazione di criteri e modalità operative per mettere in relazione l'utente con le risorse del territorio | |
| Elementi di psicologia dell'adulto | Uso di tecniche di intrattenimento/animazione | |
| Modulistica relativa all'espletamento del servizio | Applicazione di modalità di comunicazione adeguate con l'utente e le figure di riferimento | |
| Tecniche di ascolto | Applicazione di tecniche di ascolto | |
| Tecniche di animazione sociale | Applicazione di tecniche di animazione sociale | |
| Regole e sistemi per favorire la motivazione/partecipazione dell'assistito | Applicazione di regole e sistemi per favorire la motivazione/partecipazione dell'assistito | |
| Strumenti ed ausili per la movimentazione/deambulazione | Uso di strumenti e ausili per la movimentazione/deambulazione | |
| Nozioni di base su patologie e relative sintomatologie | Applicazione di criteri e modalità convenzionali per riconoscere in assistenza bisogni di intervento medico/paramedico | |
| Eventuali note: | Eventuali note: | |

* Segnalare, con una X, se la competenza o l'elemento sono nuovi, ossia non presenti nella banca profili.

| 4.2 COMPORAMENTI (riferiti all'insieme delle competenze) | N* |
|---|----|
| Adottare un comportamento flessibile | |
| Essere disponibili alla relazione d'aiuto | |
| Adottare un comportamento rispettoso delle abitudini e delle richieste dell'utente | |
| Tenere alto il livello di motivazione | |
| Gestire il distacco e la frustrazione | |
| Adottare un comportamento atto ad instaurare una relazione di fiducia con l'assistito | |
| Reagire in modo rapido ed efficace a situazioni di urgenza | |
| Supportare situazioni emotive difficili | |
| Resistenza a sforzi fisici | |
| Conformarsi a precise norme igieniche e di sicurezza | |

| 4.3 RISORSE ESTERNE | |
|----------------------------|-----------------|
| Competenze di riferimento | Risorse esterne |
| | |

5. ALTRE INFORMAZIONI INERENTI IL PROFILO

| 5.1 TRACCIATO DEL PROFILO | | | |
|----------------------------------|--|----------------|---------------|
| ORIGINE | AUTORE | DATA CREAZIONE | DATA MODIFICA |
| | GLENDIA GALEOTTI ALESSANDRA ECHTNER | | |
| 5.2 NOTE | | | |
| | | | |
| 5.3 BIBLIOGRAFIA | | | |
| FONTE | | | |
| FONTE | | | |

3.2. ASSISTENTE FAMILIARE

1. INFORMAZIONI GENERALI

| | |
|---|---|
| 1.1 DENOMINAZIONE | Assistente familiare |
| 1.2. ALTRE DENOMINAZIONI | Badante, Operatore familiare a domicilio |
| 1.3 SETTORE/I | Assistenza sociale Servizi domestici presso le famiglie |
| 1.4 DESCRIZIONE | <p>Finalità. Lo scopo di questa figura professionale è di assistere persone anziane o malate presso il proprio domicilio per un periodo di tempo prolungato nell'arco della giornata. Oltre all'assistenza, la figura svolge spesso una attività più complessiva di supervisione della gestione domestica. L'attività, svolta presso il domicilio dell'assistito, richiede un impegno variabile (part time o full time). Il contratto può prevedere la permanenza presso il domicilio dell'assistito anche (o esclusivamente) nelle ore notturne.</p> <p>Riferimenti giuridici. Contratto collettivo nazionale dei lavoratori domestici (08/03/2001)</p> <p>Contesti lavorativi possibili. Il lavoro si svolge presso il domicilio degli assistiti. Normalmente il contratto viene stipulato direttamente tra il lavoratore e la famiglia dell'assistito.</p> <p>Tendenze evolutive possibili. E' previsto, in prospettiva, un aumento significativo del fabbisogno di queste figure professionali in linea con gli andamenti demografici, che registrano una crescita sensibile della quota di popolazione anziana. A tali dinamiche demografiche si accompagnano trasformazioni sociali, quali il ridimensionamento dei nuclei familiari e la crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro, che allentano le reti di sostegno familiare e determinano un incremento della domanda per tale tipologia di servizio.</p> |
| 1.5 BREVE DESCRIZIONE (PREREQUISITI) | L'esercizio dell'attività non prevede il possesso di particolari requisiti formali, privilegiando la motivazione e la disponibilità di tempo dell'assistente. Negli ultimi anni, tuttavia, si assiste ad una crescente attivazione di corsi di formazione promossi da vari enti sul territorio con lo scopo di fornire una regolamentazione a questa tipologia di attività e definire in modo più puntuale conoscenze e competenze necessarie per chi intenda svolgere tale attività lavorativa. |

2. DATI IDENTIFICATIVI DEL PROFILO

| | |
|--|---|
| 2.1 AREA PROFESSIONALE¹⁷ | ATECO 85.32 “ASSISTENZA SOCIALE NON RESIDENZIALE” ATECO 95.00 “SERVIZI DOMESTICI PRESSO FAMIGLIE E CONVIVENZE” |
| 2.2. DENOMINAZIONE ISTAT¹⁸ | COLLABORATRICE FAMILIARE |
| 2.3 CODICE ISTAT¹⁹ | 8.4.2.1 |
| 2.4. ALTRE DENOMINAZIONI ISTAT²⁰ | |

3. PROCESSI

N.B. Nel presente lavoro è stato ricostruito il processo dell’assistenza domiciliare nell’ambito del settore della cooperazione sociale, rispetto al quale la figura dell’assistente familiare si colloca all’esterno. Tuttavia, a fronte di una forte crescita nella richiesta di tali figure, a cui si associa un sensibile incremento della loro presenza sul mercato del lavoro, ne abbiamo ricostruito il profilo.

A grandi linee, è possibile ricondurre le attività svolte dall’assistente familiare a quanto descritto nel processo 3 dell’assistenza domiciliare (“Erogazione del servizio di assistenza domiciliare”). Il contenuto e la tipologia dell’attività svolte, tuttavia, è fortemente condizionato dagli accordi che intercorrono con l’assistito e la sua famiglia.

¹⁷ Secondo la versione del Decreto Ministro del lavoro 30 maggio 2001

¹⁸ Idem

¹⁹ Idem

²⁰ Idem

4. COMPETENZE

| 4.1.1 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | N* |
|--|---|--|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | |
| Assistere | l'utente nella cura personale | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito</i> - max 20 caratteri | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - assistere la persona nella cura dell'igiene personale - assistere la persona nell'alimentazione - assistere la persona nell'assunzione di medicinali - assistere la persona nelle operazioni di vestizione coerenti con il contesto (letto, stanza, ambienti esterni) - riconoscere i reali bisogni dell'assistito e comunicarli ai familiari o alle figure di riferimento - adeguarsi alle abitudini e alle necessità dell'assistito - informarsi su regole alimentari e regimi particolari a cui l'assistito deve attenersi - controllare l'efficacia di eventuali terapie in atto e dei medicinali assunti | | |
| CONOSCENZE max 60 caratteri | N* | ABILITA' max 60 caratteri |
| Elementi di psicologia degli adulti e geriatria | | Applicazione di modalità convenzionali per provvedere alla igiene, alimentazione e abbigliamento nel rispetto delle abitudini e dello stile di vita dell'assistito |
| Norme sulla sicurezza in ambienti domestici e nei luoghi di lavoro | | Applicazione di un linguaggio adeguato per trasferire informazioni/ istruzioni agli assistiti |
| Nozioni di igiene | | Applicazione di modalità di comunicazione adeguata con l'assistito, cercando di mediare i conflitti |
| Nozioni di dietetica | | Applicazione di criteri, anche esperienziali, per riconoscere i sintomi o l'aggravarsi delle patologie dell'assistito |
| Nozioni su patologie e i loro sintomi | | Applicazione di criteri e modalità tecnico-esperienziali per riconoscere abilità e potenzialità dell'assistito |
| Leggi e normative in ambito sociale | | Applicazione di modalità di verificare anche esperienziali dell'efficacia di ausili e/o protesi riabilitative |

* Segnalare, con una X, se la competenza o l'elemento sono nuovi, ossia non presenti nella banca profili.

| | | |
|--|--|---|
| | | Applicazione di criteri, anche esperienziali, per riconoscere in assistenza bisogni di intervento medico/paramedico |
| | | Applicazione di criteri, anche esperienziali, per valutare l'efficacia delle terapie in corso/medicinali assunti |
| | | Applicazione di norme sulla sicurezza in ambienti domestici e nei luoghi di lavoro |

| 4.1.2 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | N* |
|--|--|----------------------------------|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | |
| Supportare | l'assistito nella gestione domestica | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito</i> - max 20 caratteri | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - svolgere commissioni (spesa alimentare, acquisti personali, disbrigo piccole pratiche) per conto dell'assistito - pulire e riordinare l'ambiente e gli arredi - lavare e stirare indumenti e biancheria - gestire piccole somme di denaro per conto dell'utente e/o su indicazione dei familiari - coordinarsi con la famiglia se richiesto dal contesto (capacità di intendere dell'assistito, condizioni di salute particolari...) | | |
| CONOSCENZE max 60 caratteri | | ABILITA' max 60 caratteri |
| Caratteristiche delle prodotti di pulizia e lavaggio indumenti ed elettrodomestici | Applicazione di modalità di lavoro (gestione ed organizzazione della vita domestica) in linea con le abitudini e lo stile di vita dell'utente evitando atteggiamenti troppo invasivi | |
| Norme sulla sicurezza contro gli incidenti domestici | Utilizzo elettrodomestici e prodotti per la pulizia dell'ambiente | |
| Modalità di lavaggio e stiratura capi | Applicazione di modalità e tecniche di lavaggio e stiratura di biancheria e capi abbigliamento | |
| Regole e procedure per espletare pratiche amministrative connesse alla gestione della casa | Applicazione di regole e procedure per il disbrigo di pratiche connesse alla gestione domestica (pagamento di utenze, posta, tasse, ecc.) | |
| Norme sulla prevenzione e la sicurezza nei luoghi di lavoro | Applicazione di modalità di comunicazione adeguata con l'assistito | |
| Elementi inerenti l'approvvigionamento domestico | Applicazione di criteri, anche esperienziali, per realizzare l'approvvigionamento domestico | |
| Eventuali note: | Eventuali note: | |

| 4.1.3 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | N* |
|---|--|----------------------------------|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | |
| Assicurare | la sorveglianza, la compagnia e l'accompagnamento all'esterno dell'assistito | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito</i> - max 20 caratteri | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - accompagnare l'assistito nelle uscite esterne e/o negli impegni di tipo sanitario (visite mediche, esami, somministrazione di terapie...) - aiutare l'assistito nel recupero e/o nel mantenimento del livello di autonomia personale - dialogare ed intrattenere l'assistito su temi che possano interessarlo e/o attivarne la memoria - aiutare l'assistito nel processo di rieducazione e reintegrazione alla vita familiare e sociale | | |
| CONOSCENZE max 60 caratteri | | ABILITA' max 60 caratteri |
| Risorse del territorio in cui si opera | Messa in atto di azioni per creare una rete relazionale in cui coinvolgere l'assistito | |
| Elementi di pedagogia e psicologia degli adulti | Applicazione di modalità di colloquio/intrattenimento (lettura, giochi da tavolo...) adeguate alle condizioni dell'assistito | |
| Nozioni di legislazione sociale su fasce deboli | Applicazione di modalità di ascolto adeguate al contesto | |
| Tecniche di animazione sociale | Applicazione di criteri, anche esperienziali, per instaurare una relazione significativa e di fiducia con l'assistito | |
| Modalità di relazioni improntate alla fiducia | Applicazione di modalità ed eventuali ausili per sostenere l'assistito nelle attività di movimentazione e deambulazione | |
| Strumenti ed ausili per la movimentazione | Applicazione di regole e procedure del sistema sanitario nazionale | |
| Regole e procedure del sistema sanitario nazionale | Uso mezzi di trasporto pubblici | |
| Toponomastica del territorio e servizi di trasporto | | |
| Eventuali note: | Eventuali note: | |

* Segnalare, con una X, se la competenza o l'elemento sono nuovi, ossia non presenti nella banca profili.

| 4.1.4 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | N* |
|---|--|----------------------------------|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | |
| Supportare | nella preparazione ed eventuale somministrazione dei pasti | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito</i> - max 20 caratteri | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Leggere e acquisire informazioni su eventuali diete che l'assistito deve seguire - Controllare le scadenze degli alimenti - Dosare gli alimenti secondo le indicazioni dietetiche e/o le indicazioni dei familiari - Preparare i piatti tenendo conto dei gusti dell'assistito e nel rispetto delle eventuali indicazioni dietetiche mediche e/o dei familiari | | |
| CONOSCENZE max 60 caratteri | | ABILITA' max 60 caratteri |
| Norme igieniche in ambiente domestico | Applicazione di tecniche di cottura: friggere, bollire, cuocere a vapore, cuocere al microonde | |
| Norme di sicurezza domestica | Applicazione di procedure per la preparazione di pasti | |
| Concetti di base dell'igiene alimentare | Uso della lavastoviglie, del forno elettrico, del forno a microonde | |
| Elementi di dietetica | Applicazione di modalità/tecniche di dosatura alimenti | |
| Caratteristiche dei prodotti alimentari (tra cui la loro conservazione) | Uso di strumenti per il dosaggio alimenti | |
| Caratteristiche delle ricette di cucina; tecniche di mondatura e cottura degli alimenti; tecniche di preparazione dei pasti | Applicazione di criteri per la lettura/interpretazione di indicazioni/istruzioni scritte | |
| Strumenti e tecniche per dosatura alimenti; lettura ed interpretazione di indicazioni/istruzioni scritte | | |
| Eventuali note: | Eventuali note: | |

* Segnalare, con una X, se la competenza o l'elemento sono nuovi, ossia non presenti nella banca profili.

| 4.2 COMPORAMENTI (riferiti all'insieme delle competenze) | N* |
|--|----|
| Flessibilità, attenzione, pazienza | |
| Capacità di reggere le frustrazioni che il continuo contatto con l'assistito può provocare | |
| Curare la precisione e la qualità | |
| Curare l'ordine | |
| Rispettare le abitudini dell'assistito | |
| Rispettare norme e regole igieniche personali e dell'ambiente | |
| Predisposizione alla relazione d'aiuto | |
| Capacità organizzative e senso pratico | |

| 4.3 RISORSE ESTERNE | |
|----------------------------|-----------------|
| Competenze di riferimento | Risorse esterne |
| | |

5. ALTRE INFORMAZIONI INERENTI IL PROFILO

| 5.1 TRACCIATO DEL PROFILO | | | |
|----------------------------------|--|----------------|---------------|
| ORIGINE | AUTORE | DATA CREAZIONE | DATA MODIFICA |
| | GLENDIA GALEOTTI ALESSANDRA ECHTNER | | |
| 5.2 NOTE | | | |
| | | | |
| 5.3 BIBLIOGRAFIA | | | |
| FONTE | | | |
| FONTE | | | |

3.3. COORDINATORE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

1. INFORMAZIONI GENERALI

| | |
|---|--|
| 1.1 DENOMINAZIONE | Coordinatore del servizio di assistenza domiciliare |
| 1.2. ALTRE DENOMINAZIONI | Coordinatore di servizi sociali |
| 1.3 SETTORE/I | Assistenza sociale Servizi sociali |
| 1.4 DESCRIZIONE | <p>Finalità. Il coordinatore del servizio di assistenza domiciliare è la figura di riferimento per l'ente, il servizio sociale e gli operatori. A questa figura fanno capo tutte le attività di organizzazione e monitoraggio del servizio, di cui ha la responsabilità della buona riuscita.</p> <p>Riferimenti giuridici. L. 328/00, L. 266/97</p> <p>Contesti lavorativi possibili. Cooperazione sociale, servizi sociali.</p> <p>Tendenze evolutive possibili.</p> |
| 1.5 BREVE DESCRIZIONE (PREREQUISITI) | |

2. DATI IDENTIFICATIVI DEL PROFILO

| | |
|--|--|
| 2.1 AREA PROFESSIONALE²¹ | ATECO 85.32 “Assistenza sociale non residenziale” |
| 2.2. DENOMINAZIONE ISTAT²² | |
| 2.3 CODICE ISTAT²³ | |
| 2.4. ALTRE DENOMINAZIONI ISTAT²⁴ | <p>“Assistente sociale collaboratore”</p> <p>“Assistente sociale coordinatore”</p> |

²¹ Secondo la versione del Decreto Ministro del lavoro 30 maggio 2001

²² Idem

²³ Idem

²⁴ Idem

3. PROCESSI

| | | |
|---|--|--|
| 3.1 PROCESSO | Denominazione e breve descrizione: "Organizzazione e pianificazione del servizio di assistenza domiciliare" . Il processo, che ha come input il progetto esecutivo, presidia tutte quelle attività che definiscono il programma di lavoro esecutivo: raccolta delle richieste, coordinamento e organizzazione delle risorse impiegate, definizione delle modalità di lavoro. Il processo si articola in tre fasi: <i>raccolta delle richieste, presa in carico, definizione del programma di assistenza domiciliare personalizzato</i> . | |
| | INPUT del processo: Progetto esecutivo | OUTPUT del processo Piano di lavoro |
| ATTIVITA'SVOLTE | | |
| Input dell'attività ↓ | ATTIVITA' ↓ ²⁵ | Output dell'attività ↓ |
| - Progetto esecutivo | Supporto alla raccolta delle richieste di accesso al servizio | - Richieste di accesso gestite |
| - Scambi informativi con organi del servizio sociosanitari - Materiali, schede, rapporti | Concorso all'elaborazione dei progetti di intervento con gli altri referenti del servizio | - Piano di lavoro |

²⁵ Ad ogni attività, secondo il metodo di IL, corrisponde una competenza

| | | |
|---|---|--|
| 3.2 PROCESSO | Denominazione e breve descrizione: "Erogazione del servizio" . Il processo ha come input il <i>piano di lavoro</i> , in base al quale si procede ad organizzare il personale coinvolto in termini di tempi e luoghi dell'assistenza. L'output del processo è rappresentato dalla persona assistita presso il proprio domicilio, che si ottiene attraverso l'erogazione continuativa del servizio di assistenza. Il processo di erogazione del servizio si articola in due fasi: <i>organizzazione delle risorse umane e realizzazione dell'assistenza domiciliare</i> . | |
| | INPUT del processo: Piano di lavoro | OUTPUT del processo Persona assistita presso il proprio domicilio |
| ATTIVITA'SVOLTE | | |
| Input dell'attività ↓ | ATTIVITA' ↓ ²⁶ | Output dell'attività ↓ |
| - Piano di lavoro - Team degli operatori disponibili | Supporto alla scelta degli operatori da assegnare ai singoli casi e le modalità organizzative del personale coinvolto (tempi e luoghi) | - Personale assegnato ai casi da seguire |
| - Piano di lavoro - Personale assegnato ai casi | Programma, in termini di tempi e luoghi, dell'attività del personale coinvolto nell'erogazione del servizio | - Programma di lavoro degli operatori |
| - Richieste operatori - Richieste altri attori coinvolti (familiari, medico di base, ecc.) | Raccolta e gestione delle richieste e delle problematiche segnalate dagli operatori e dagli altri referenti del servizio | - Richieste e problematiche risolte |

²⁶ Idem

| | | |
|------------------------------|--|---|
| 3.3. PROCESSO | Denominazione e breve descrizione: "Valutazione" Attua la valutazione in itinere ed ex post delle condizioni dell'utente; dell'adeguatezza e della competenza delle risorse umane impegnate nell'erogazione del servizio; della qualità del servizio e della rispondenza agli standard concordati con i servizi sanitari preposti. Il processo di valutazione si articola in tre fasi: <i>valutazione dell'utenza, valutazione delle risorse umane impiegate nel servizio, valutazione del servizio erogato.</i> | |
| | INPUT del processo: Cura domiciliare della persona | OUTPUT del processo Report di valutazione |
| ATTIVITA' SVOLTE | | |
| Input dell'attività ↓ | ATTIVITA' ↓ ²⁷ | Output dell'attività ↓ |
| - Indicatori di valutazione | Monitoraggio e verifica, in raccordo con gli altri soggetti, delle attività di servizio erogate | - Rapporti e documentazione periodica sull'andamento del servizio |

²⁷ Ad ogni attività, secondo il metodo di IL, corrisponde una competenza

4. COMPETENZE

| 4.1.1 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | | N* |
|--|---|--|----|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | | |
| Concorre | alla gestione e alla raccolta delle richieste di accesso al servizio | | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito</i> - max 20 caratteri | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - raccogliere le richieste che arrivano al servizio - realizzare una prima decodifica dei reali bisogni dell'utente in base agli elementi informativi/documentazione pervenuta - verificare l'appropriatezza della richiesta rispetto al servizio offerto - attivare il processo di presa in carico | | | |
| CONOSCENZE max 60 caratteri | N* | ABILITA' max 60 caratteri | N* |
| Nozioni di organizzazione - amministrazione del servizio | | Applicazione di metodi e strumenti per l'analisi del bisogno emergente | |
| Modelli di analisi dei bisogni emergenti per le patologie a cui il servizio si rivolge | | Applicazione di tecniche di conduzione di un colloquio "clinico" | |
| Conduzione di un colloquio "clinico" | | Applicazione di modalità e tecniche di comunicazione efficace per la illustrazione delle procedure/norme per l'accesso a servizi (fasce deboli) e il rapporto con gli altri referenti del servizio | x |
| Strumenti per l'analisi dei fabbisogni dell'utenza | | Applicazione di metodi per l'approccio a minori, anziani, psichiatrici, disabili, ecc. nel rispetto della persona e normative specifiche di settore | |
| Esperienze e approcci nel campo della marginalità sociale | | Applicazione di procedure standard per l'attivazione del processo di presa in carico | |
| Elementi di legislazione in materia di pubblici servizi e loro organizzazione | x | Applicazione di criteri, regolamenti e modalità di verifica della congruenza della richieste di accesso al servizio | |
| Elementi di comunicazione | x | | |
| Organizzazione dell'azienda | | | |
| Eventuali note: | | Eventuali note: | |

* Segnalare, con una X, se la competenza o l'elemento sono nuovi, ossia non presenti nella banca profili.

| 4.1.2 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | | N* |
|--|--|---|----|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | | |
| Contribuisce | alla elaborazione dei progetti di intervento con gli altri referenti del servizio | | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito</i> - max 20 caratteri | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - conoscere ed attivare eventuali richieste di contributi/finanziamenti, ecc. - compilare la modulistica prevista per l'accesso a contributi, finanziamenti, ecc. - definire obiettivi di intervento in accordo con le altre figure di riferimento - redigere un progetto d'intervento personalizzato | | | |
| CONOSCENZE max 60 caratteri | N* | ABILITA' max 60 caratteri | N* |
| Elementi di progettazione interventi sociale | | Applicazione di tecniche di mediazione per mettere insieme le diverse istanze provenienti dagli interlocutori coinvolti | |
| Normativa specifica su target di riferimento | | Applicazione di format e standard per la redazione di progetti di intervento socio/educativo | |
| Strumenti e risorse disponibili rispetto al target di riferimento | | Applicazione di regole e sistemi per reperire risorse e strumenti (reti, collaborazioni, ecc.) a disposizione nel contesto di riferimento | |
| Fonti di finanziamento | | Applicazione di regole e tecniche di negoziazione con i diversi interlocutori | |
| Tecniche di mediazione e negoziazione | | Applicazione di strumenti per la pianificazione di interventi congruenti con gli obiettivi proposti | |
| Teorie e tecniche di gestione gruppi professionali integrati | x | | |
| Strumenti e processi relativi alla certificazione di qualità | | | |
| Eventuali note: | | Eventuali note: | |

| 4.1.3 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | | N* |
|--|--|---|----|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | | |
| Contribuisce | alla elaborazione dei progetti di intervento con gli altri referenti del servizio | | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito</i> - max 20 caratteri | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - conoscere ed attivare eventuali richieste di contributi/finanziamenti, ecc. - compilare la modulistica prevista per l'accesso a contributi, finanziamenti, ecc. - definire obiettivi di intervento in accordo con le altre figure di riferimento - redigere un progetto d'intervento personalizzato | | | |
| CONOSCENZE max 60 caratteri | N* | ABILITA' max 60 caratteri | N* |
| Elementi di progettazione interventi sociale | | Applicazione di tecniche di mediazione per mettere insieme le diverse istanze provenienti dagli interlocutori coinvolti | |
| Normativa specifica su target di riferimento | | Applicazione di format e standard per la redazione di progetti di intervento socio/educativo | |
| Strumenti e risorse disponibili rispetto al target di riferimento | | Applicazione di regole e sistemi per reperire risorse e strumenti (reti, collaborazioni, ecc.) a disposizione nel contesto di riferimento | |
| Fonti di finanziamento | | Applicazione di regole e tecniche di negoziazione con i diversi interlocutori | |
| Tecniche di mediazione e negoziazione | | Applicazione di strumenti per la pianificazione di interventi congruenti con gli obiettivi proposti | |
| Teorie e tecniche di gestione gruppi professionali integrati | x | | |
| Strumenti e processi relativi alla certificazione di qualità | | | |
| Eventuali note: | | Eventuali note: | |

| 4.1.4 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | | N* |
|---|---|---|----|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | | |
| Supportare | la scelta degli operatori da assegnare ai singoli casi | | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito</i> - max 20 caratteri | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - <i>realizzare colloqui preliminari con i candidati per verificarne vincoli e disponibilità</i> - <i>verificare attraverso modalità e tecniche di selezione proprie della struttura di appartenenza il possesso delle competenze dichiarate dai candidati alla selezione</i> - <i>fornire informazioni relative agli aspetti contrattuali alle condizioni economiche offerte, ecc.</i> - <i>compilare schede personali dei potenziali candidati</i> - <i>gestire la documentazione relativa alle attività di selezione</i> | | | |
| CONOSCENZE max 60 caratteri | N* | ABILITA' max 60 caratteri | N* |
| Elementi di selezione del personale | | | |
| Legislazione sociale | | Applicazione di tecniche di conduzione di colloqui finalizzati alla selezione | |
| Tecniche di conduzione del colloquio di accoglienza | x | Applicazione di criteri e metodi per individuare la congruenza delle competenze dell'operatore rispetto alle attività da svolgere | |
| Elementi di normative in materia del lavoro | | Applicazione di format e standard per la compilazione di modulistica e documentazione relativa alle attività di selezione | |
| Eventuali note: | | Eventuali note: | |

* Segnalare, con una X, se la competenza o l'elemento sono nuovi, ossia non presenti nella banca profili.

| 4.1.5 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | N* | |
|--|---|---|----|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | | |
| Programmare | l'attività degli operatori impegnati nel servizio | | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito</i> - max 20 caratteri | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> <i>Definire tempi e modalità degli interventi</i> <i>Distribuire compiti e responsabilità al personale</i> <i>Attribuire i singoli casi agli operatori domiciliari</i> <i>Fornire informazioni, materiale e strumenti utili alla realizzazione degli interventi</i> | | | |
| CONOSCENZE max 60 caratteri | N* | ABILITA' max 60 caratteri | N* |
| Nozioni di patologia: malattie, decorso | | Applicazione di strumenti per la programmazione degli interventi di assistenza domiciliare | |
| Metodologia della relazione d'aiuto | | Applicazione di regole e procedure per l'attribuzione di compiti e casi da trattare | |
| Comunità/rete locale di riferimento (per interventi/servizi) | | | |
| Interventi e strumenti in ambito sociale | | Applicazione di modalità e meccanismi operativi per il trasferimento di informazioni relative agli interventi da realizzare | |
| Esperienze e approcci nel campo marginalità sociale | | Applicazione di strumenti di pianificazione e programmazione del lavoro (orari, turni di lavoro, riposi, ecc.) | |
| Elementi di organizzazione e programmazione del lavoro | | Applicazione di tecniche di comunicazione efficace | |
| Strumenti per la pianificazione | | Applicazione di tecniche di mediazione | |
| Stili e tecniche di comunicazione | | Uso PC e sw dedicati | |
| Tecniche di mediazione | | | |
| PC e sw dedicati | | | |
| Eventuali note: | | Eventuali note: | |

* Segnalare, con una X, se la competenza o l'elemento sono nuovi, ossia non presenti nella banca profili.

| 4.1.6 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | N* | |
|--|---|---|----|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | | |
| Trattare | richieste e problematiche segnalate dagli operatori e dagli altri referenti del servizio | | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito</i> - max 20 caratteri | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - raccogliere le richieste provenienti dai diversi attori coinvolti nella realizzazione del servizio - individuare attraverso il raccordo con gli operatori impegnati sul territorio problematiche e criticità emergenti - definire risposte e soluzioni adeguate rispetto al contesto e alle problematiche emergenti - condividendo le soluzioni con gli altri referenti del servizio, il medico di base e i familiari | | | |
| CONOSCENZE <i>max 60 caratteri</i> | N* | ABILITA' <i>max 60 caratteri</i> | N* |
| Tecniche di mediazione e gestione del conflitto | | Applicazione di tecniche di problem solving | |
| Teorie sulle motivazioni umane | | Applicazione di tecniche di mediazione e gestione del conflitto | |
| Tecniche di problem solving | | Applicazione di metodi e strumenti di analisi delle criticità emergenti | |
| Stili e modalità di comunicazione | | Utilizzo di stili e modalità di comunicazione efficaci rispetto al contesto | |
| Eventuali note: | | Eventuali note: | |

* Segnalare, con una X, se la competenza o l'elemento sono nuovi, ossia non presenti nella banca profili.

| 4.1.7 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | N* | |
|--|---|--|----|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | | |
| Monitorare e verificare | le attività di servizio erogate in raccordo con altri soggetti | | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito</i> - max 20 caratteri | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - applicare gli strumenti di monitoraggio e verifica delle attività di servizio erogate - calcolare e controllare in itinere il valore degli indicatori definiti rispetto agli obiettivi del servizio - concorrere alle attività di supervisione dei singoli casi in carico al servizio - calcolare e controllare in itinere il valore degli indicatori rispetto agli obiettivi di ogni singolo intervento - compilare rapporti e/o documentazione periodica sull'andamento del servizio erogato | | | |
| CONOSCENZE max 60 caratteri | N* | ABILITA' max 60 caratteri | N* |
| Obiettivi del servizio e dei diversi interventi | | Applicazione di sistemi e standard per la gestione della modulistica relativa al monitoraggio e alla verifica del servizio | |
| Strumenti di intervento sociale | | Applicazione di tecniche per la condizione di colloqui con i soggetti coinvolti nella realizzazione del servizio | |
| Sistemi e strumenti di monitoraggio e verifica | | Applicazione di criteri e procedure per reperire dati e informazioni necessarie alle attività di verifica e monitoraggio | |
| Indicatori quantitativi e qualitativi del servizio | | Applicazione di format e standard per la redazione di report di verifica e monitoraggio | |
| Stili e tecniche di comunicazione | | Applicazione di criteri per la scelta e l'applicazione di modalità di comunicazione efficace | |
| | | Applicazione di regole e metodi per il calcolo e l'interpretazione del set di indicatori relativi al monitoraggio del servizio | |
| | | | |
| Eventuali note: | | Eventuali note: | |

* Segnalare, con una X, se la competenza o l'elemento sono nuovi, ossia non presenti nella banca profili.

| 4.2 COMPORTAMENTI (riferiti all'insieme delle competenze) | | N* |
|--|--|----|
| Prendere decisioni rapidamente | | x |
| Curare l'aggiornamento delle proprie competenze | | X |
| Adottare rigore metodologico nello sviluppo proprio lavoro | | X |
| Curare la costruzione di èquipe di lavoro collaborative | | X |
| Conoscere e ricordare informazioni e richieste | | x |
| Essere pazienti e disponibili | | |
| Assumere iniziative rischi e responsabilità | | x |
| Dimostrare adattabilità e flessibilità mentale | | |

| 4.3 RISORSE ESTERNE | |
|----------------------------|-----------------|
| Competenze di riferimento | Risorse esterne |
| | |
| | |
| | |
| | |

5. ALTRE INFORMAZIONI INERENTI IL PROFILO

| 5.1 TRACCIATO DEL PROFILO | | | |
|----------------------------------|--------------------|----------------|---------------|
| ORIGINE | AUTORE | DATA CREAZIONE | DATA MODIFICA |
| | GLENDIA GALEOTTI | | |
| | ALESSANDRA ECHTNER | | |
| 5.2 NOTE | | | |
| | | | |
| 5.3 BIBLIOGRAFIA | | | |
| FONTE | | | |
| FONTE | | | |
| | | | |

3.4. OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS)

1. INFORMAZIONI GENERALI

| | |
|---|--|
| 1.1 DENOMINAZIONE | OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS) |
| 1.2. ALTRE DENOMINAZIONI | |
| 1.3 SETTORE/I | ASSISTENZA SOCIALE SERVIZI DOMICILIARI E RESIDENZIALI |
| 1.4 DESCRIZIONE | <p>Finalità. Soddisfare i bisogni primari della persona in un contesto sia sociale che sanitario, favorendone il benessere e l'autonomia.</p> <p>Riferimenti giuridici.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L.R. 26 ottobre 1998 n. 74 “Norme sulla formazione degli operatori del Servizio Sanitario” - Provvedimento 22 febbraio 2001 “Accordo tra il Ministro della Sanità, il Ministro per la Solidarietà Sociale, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione”, attuato con Delibera della Giunta Regionale 1052 del 24/09/2001. - Provvedimento 16 marzo 2003 “Accordo Stato-Regioni per la disciplina della formazione complementare in assistenza sanitaria dell'OSS”, attuato con Delibera della Giunta Regionale 671 del 07/07/2003. <p>Contesti lavorativi possibili. L'Operatore Socio Sanitario svolge la sua attività in contesti ospedalieri, in unità residenziali, in unità territoriali e semiresidenziali e in ambito domiciliare; opera in collaborazione con il personale preposto all'assistenza sanitaria e all'assistenza sociale.</p> <p>Tendenze evolutive possibili. La figura dell'Operatore Socio Sanitario finirà per coadiuvare sempre più attivamente l'infermiere, nella somministrazione della terapia e dei farmaci.</p> |
| 1.5 BREVE DESCRIZIONE (PREREQUISITI) | L'Operatore Socio Sanitario svolge la propria attività a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale della durata di 1000 ore. Si tratta di un profilo professionale nato dall'esigenza di formare personale di assistenza professionalmente preparato ad operare nei vari servizi di cura ed assistenza, in grado quindi di intervenire sia in ambito sanitario che socio-assistenziale. Per l'accesso ai corsi di formazione per Operatore Socio Sanitario è richiesto il diploma di scuola dell'obbligo ed il compimento del 17° anno di età alla data di iscrizione al corso. |

2. DATI IDENTIFICATIVI DEL PROFILO

| | |
|--|---|
| 2.1 AREA PROFESSIONALE²⁸ | ATECO 85.32 “ASSISTENZA SOCIALE NON RESIDENZIALE” |
| 2.2. DENOMINAZIONE ISTAT²⁹ | |
| 2.3 CODICE ISTAT³⁰ | |
| 2.4. ALTRE DENOMINAZIONI ISTAT³¹ | |

²⁸ Secondo la versione del Decreto Ministro del lavoro 30 maggio 2001

²⁹ Idem

³⁰ Idem

³¹ Idem

3. PROCESSI

| | | |
|--|--|--|
| 3.1 PROCESSO | Denominazione e breve descrizione: Erogazione del servizio di assistenza domiciliare Il processo realizza il servizio di assistenza domiciliare personalizzato e attua operativamente l'assistenza alla persona. Nell'ambito del processo si individuano due fasi: l'organizzazione delle risorse umane e la realizzazione dell'assistenza domiciliare. | |
| | INPUT del processo Piano di lavoro | OUTPUT del processo Persona assistita presso il proprio domicilio |
| FASE 2 Realizzazione dell'assistenza domiciliare | | |
| ATTIVITA'SVOLTE | | |
| Input dell'attività ↓ | ATTIVITA' ↓³² | Output dell'attività ↓ |
| - Indicazioni piano attività personalizzato - Materiali, strumenti, ausili | Assistenza alla persona nelle operazioni personali | - Persona assistita nei bisogni personali essenziali secondo piano concordato - Resoconto delle attività realizzate |
| - Indicazioni piano attività personalizzato - Indicazioni utente servizio/familiari | Supporto alla persona nella gestione dell'ambiente di vita | - Persona supportata nella gestione domestica secondo piano concordato - Resoconto delle attività realizzate |
| - Indicazioni piano attività personalizzato - Indicazioni mediche rispetto esigenze dietetiche paziente | Supporto alla persona nella preparazione del pasto | - Persona supportata nella preparazione/somministrazione dei pasti secondo piano concordato - Resoconto delle attività realizzate |
| - Indicazioni piano attività personalizzato | Supporto alla persona per il recupero della socialità | - Persona supportata nel recupero della socialità secondo piano concordato - Resoconto delle attività realizzate |
| - Indicazioni del piano terapeutico personalizzato | Intervento primario di tipo sanitario | - Interventi di tipo sanitario realizzati secondo le indicazioni del piano terapeutico |

³² Ad ogni attività, secondo il metodo di IL, corrisponde una competenza

| | | |
|---|---|---|
| 3.2 PROCESSO | Denominazione e breve descrizione: Valutazione del servizio di assistenza domiciliare Il processo presidia la valutazione e il monitoraggio degli obiettivi definiti nel piano di lavoro, valuta il grado di soddisfazione dell'utente e della famiglia. Il processo si articola in tre fasi: valutazione dell'utenza, valutazione delle risorse umane impiegate nel servizio, valutazione del servizio erogato. | |
| | INPUT del processo Cura domiciliare della persona | OUTPUT del processo Report di valutazione |
| FASE 2 Valutazione dell'utenza | | |
| ATTIVITA'SVOLTE | | |
| Input dell'attività ↓ | ATTIVITA' ↓ ³³ | Output dell'attività ↓ |
| - Informazioni dei singoli referenti del caso/servizio - Documentazione sull'andamento del servizio - Valutazioni dei singoli operatori coinvolti nel caso/servizio | Coordinamento e verifica periodica attraverso incontri con gli altri referenti del caso/servizio | - Scambi di informazioni - Valutazione del servizio - Introduzione di eventuali modifiche/integrazione nel piano personalizzato - Resoconti sulle attività di coordinamento/verifica |

³³ Ad ogni attività, secondo il metodo di IL, corrisponde una competenza

4. COMPETENZE

| 4.1.1 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | | N* |
|---|---|--|----|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | | |
| FORNIRE | ASSISTENZA ALLA PERSONA NEL SODDISFACIMENTO DEI BISOGNI ESSENZIALI | | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito - max 20 caratteri</i> | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> assistere la persona nell'alzata e nella messa a letto assistere la persona nelle operazioni di igiene personale assistere la persona nella vestizione assistere la persona nell'alimentazione assistere la persona nella deambulazione osservare il comportamento dell'assistito ascoltare e trattare le necessità del paziente segnalare al coordinatore tutti gli aspetti che potrebbero avere rilevanza medica coinvolgere il paziente nell'erogazione delle attività e tenerlo informato del processo terapeutico in corso | | | |
| CONOSCENZE <i>max 60 caratteri</i> | N* | ABILITA' <i>max 60 caratteri</i> | N* |
| Concetti generali della sicurezza e della salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro | | Applicazione di procedure e tecniche per provvedere alla alimentazione e all'abbigliamento degli assistiti | |
| Elementi di etica professionale e bisogni delle persone | | Applicazione di criteri, anche esperienziali, per individuare bisogni fisici e psicologici dell'assistito | |
| Tipologie di utenti e problematiche connesse | | | |
| Concetti di base dell'igiene alla persona | | Uso di presidi, ausili e attrezzature specifici per alzare e muovere l'anziano | |
| Elementi dell'anatomia umana della fisiologia e della farmacologia | | Applicazione di regole e tecniche per riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi | |
| Posizioni in cui un paziente può essere sistemato nel letto | | Applicazione di tecniche e convenzioni per aiutare a ricordare all'assistito i tempi e le modalità di assunzione dei farmaci | |
| Nozioni di patologia: malattie e decorso | | Applicazione di procedure e tecniche per la preparazione alle prestazioni sanitarie | |

* Segnalare, con una X, se la competenza o l'elemento sono nuovi, ossia non presenti nella banca profili.

| | | | |
|---|--|---|--|
| Nozioni di gestione del distacco (burn-out) | | Applicazione di regole e tecniche per aiutare l'assistito nel mantenimento di posture corrette | |
| Metodologia della relazione d'aiuto | | Applicazione di procedure e tecniche per supportare l'assistito nella deambulazione in base alle indicazioni ricevute | |
| Eventuali note: | | Eventuali note: | |

| | | | |
|---|---|---|----|
| 4.1.2 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | | N* |
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | | |
| FORNIRE | SUPPORTO ALLA PERSONA NELLA GESTIONE DELL'AMBIENTE DI VITA | | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito - max 20 caratteri</i> | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) - max 80 caratteri</i> | | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> Arieggiare gli ambienti Sistemare gli oggetti al loro posto Pulire gli ambienti anche utilizzando elettrodomestici Lavare e stirare la biancheria e gli indumenti dell'assistito Pagare utenze Fare la spesa in base alle necessità espresse dall'assistito o dalla famiglia | | | |
| CONOSCENZE max 60 caratteri | N* | ABILITA' max 60 caratteri | N* |
| Norme igieniche in ambiente domestico e residenziale | | Applicazione di modalità di lavaggio e di riordino stoviglie ed attrezzature della cucina | |
| Norme di sicurezza domestica e all'interno di strutture sanitarie | | Applicazione di regole e procedure per il disbrigo di pratiche amministrative domestiche | |
| Organizzazione degli ambienti domestici e delle strutture sanitarie | | Uso di vari elettrodomestici quali aspirapolvere, lavatrice ecc. | |
| Caratteristiche dei prodotti per la pulizia e per i lavaggi | | | |
| Eventuali note: | | Eventuali note: | |

| 4.1.3 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | | N* |
|--|--|--|----|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | | |
| FORNIRE | SUPPORTO ALLA PERSONA NELLA PREPARAZIONE/SOMMINISTRAZIONE DEL PASTO | | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito - max 20 caratteri</i> | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> Leggere e acquisire informazioni su eventuali diete che l'assistito deve seguire Controllare le scadenze degli alimenti presenti in frigorifero Dosare gli alimenti secondo le indicazioni dietetiche e/o le indicazioni dei familiari Preparare i piatti tenendo conto dei gusti dell'assistito e nel rispetto delle eventuali indicazioni dietetiche Aiutare la persona non autosufficiente a mangiare | | | |
| CONOSCENZE max 60 caratteri | N* | ABILITA' max 60 caratteri | N* |
| Norme igieniche in ambiente domestico | | Applicazione di tecniche di cottura: friggere, bollire, cuocere a vapore e al microonde | |
| Norme di sicurezza domestica | | Applicazione di procedure per la preparazione di pasti | |
| Concetti di base dell'igiene alimentare | | Uso della lavastoviglie e il forno elettrico oppure il forno a microonde | |
| Elementi di dietetica | | Applicazione di modalità/tecniche di dosatura alimenti | |
| Caratteristiche dei prodotti alimentari e delle modalità di conservazione | | Uso strumenti per il dosaggio alimenti | |
| Caratteristiche delle ricette di cucina | | Applicazione di criteri per la lettura/interpretazione di indicazioni/istruzioni scritte | |
| Tecniche di mondatura e cottura degli alimenti | | | |
| Tecniche di preparazione dei pasti | | | |
| Strumenti e tecniche per dosatura alimenti | | | |
| Lettura ed interpretazione di indicazioni/istruzioni scritte | | | |
| Eventuali note: | | Eventuali note: | |

* Segnalare, con una X, se la competenza o l'elemento sono nuovi, ossia non presenti nella banca profili.

| 4.1.4 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | | N* |
|---|---|---|----|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | | |
| FORNIRE | SUPPORTO ALLA PERSONA NEL RECUPERO DELLA SOCIALITA' | | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito - max 20 caratteri</i> | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> Dialogare con l'assistito Organizzare attività di animazione e socializzazione Accompagnare l'assistito in occasioni sociali Assistere la persona durante le occasioni sociali Affiancare l'animatore nella realizzazione di attività di animazioni singole e di gruppo | | | |
| CONOSCENZE <i>max 60 caratteri</i> | N* | ABILITA' <i>max 60 caratteri</i> | N* |
| Modalità di approccio a anziani | | Applicazione di regole e tecniche per aiutare l'animatore nelle attività di animazione e di socializzazione | |
| Elementi di psichiatria | | Applicazione di regole e tecniche per stimolare la persona allo svolgimento delle attività | |
| Elementi di Psicologia | | Applicazione di approcci e tecniche per rendere l'assistito partecipe e attivo | |
| Elementi di Sociologia | | Applicazione di modalità e stili di comunicazione efficace | |
| Tecniche di comunicazione appropriate alle varie situazioni | | | |
| Elementi di animazione socio-culturale | | | |
| Eventuali note: | | Eventuali note: | |

* Segnalare, con una X, se la competenza o l'elemento sono nuovi, ossia non presenti nella banca profili.

| 4.1.5 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | N* | |
|---|---|---|----|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | | |
| EFFETTUARE | INTERVENTI PRIMARI DI TIPO SANITARIO | | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito - max 20 caratteri</i> | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> Preparare il materiale ad uso degli infermieri Effettuare piccole medicazioni Aiutare alla preparazione delle prestazioni sanitarie Ricordare e controllare l'assunzione dei farmaci da parte degli utenti Aiutare l'utente nella educazione ai movimenti Trasportare campioni di esami Effettuare interventi di primo soccorso Valutare, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre Compilare la scheda giornaliera delle attività svolte Compilare il registro per il passaggio delle consegne | | | |
| <i>CONOSCENZE max 60 caratteri</i> | N* | <i>ABILITA' max 60 caratteri</i> | N* |
| Tipologie di utenti e problematiche connesse | | Applicazione di regole e tecniche di aiuto alla corretta assunzione dei farmaci prescritti | |
| Nozioni di anatomia umana | | Applicazione di modalità e tecniche di aiuto al corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso | |
| Elementi di geriatria | | Applicazione di regole e tecniche di osservazione al fine di riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi | |
| Modalità di approccio a anziani | | Applicazione di procedure e tecniche per la preparazione alle prestazioni sanitarie | |
| Elementi di fisioterapia | | Uso di presidi, ausili e attrezzature quali il sollevatore | |
| Elementi di medicina generale | | Applicazione di regole e di tecniche per effettuare piccole medicazioni | |
| Materiali usati per disinfettare e curare le ferite | | Uso di tecniche per sintetizzare le informazioni raccolte | |

* Segnalare, con una X, se la competenza o l'elemento sono nuovi, ossia non presenti nella banca profili.

| | | | |
|---|--|---|--|
| Termini tecnici utilizzati nell'assistenza agli anziani | | Uso di linguaggio adeguato per descrivere le informazioni relative alla situazione dell'assistito | |
| Tecniche di comunicazione efficace | | | |
| Strumentazione sanitaria | | | |
| Protocolli richiesti dal sistema di qualità | | Eventuali note: | |
| Eventuali note: | | | |

| | | | |
|---|---|---|----|
| 4.1.6 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | | N* |
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | | |
| PARTECIPARE | AL COORDINAMENTO E ALLA VERIFICA PERIODICA DEL CASO/SERVIZIO | | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito - max 20 caratteri</i> | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> Realizzare incontri giornalieri con gli altri operatori per il passaggio delle consegne Contattare il diretto responsabile qualora si verificano eventi/fatti fuori dall'ordinario Partecipare a confronti periodici alla presenza dei responsabili e degli altri referenti Descrivere e comunicare in modo preciso la situazione dell'assistito Valutare congiuntamente eventuali cambiamenti del piano di assistenza per l'utente | | | |
| CONOSCENZE max 60 caratteri | N* | ABILITA' max 60 caratteri | N* |
| Nozioni di patologia: malattie, decorso | | Applicazione di metodi e tecniche per lavorare in rete con servizi coinvolti nella gestione del caso | |
| Norme etiche e sociali per le professioni in area sanità | | Applicazione di metodi e strumenti di verifica delle attività realizzate | |
| Tecniche di comunicazione efficace | | Uso di un linguaggio tecnico-professionale adeguato per trasferire informazioni sulla situazione dell'assistito | |
| Elementi di psicologia delle relazioni di gruppo | | Applicazione di tecniche di comunicazione efficace | |
| Eventuali note: | | Eventuali note: | |

* Segnalare, con una X, se la competenza o l'elemento sono nuovi, ossia non presenti nella banca profili.

| 4.2 COMPORAMENTI (riferiti all'insieme delle competenze) | N* |
|---|----|
| Sopportare situazioni emotive difficili | |
| Gestire simultaneamente più compiti e attività | |
| Mantenere un livello di vigilanza intenso e prolungato | |
| Rispettare norme e regole igieniche personali, dell'ambiente | |
| Eeguire i compiti secondo modalità e prescrizioni definite | |
| Curare il coordinamento con altri soggetti | |
| Avere sensibilità spiccata verso ragioni e diritti altrui | |
| Avere predisposizione alla relazione di aiuto | |
| Comunicare in modo comprensibile e razionale | |
| Sostenere sforzi fisici e nervosi prolungati | |
| Adattarsi a orari flessibili | |
| Curare l'aggiornamento delle proprie competenze | |
| Avere cura degli strumenti e dei materiali in consegna | |
| Avere empatia | |

| 4.3 RISORSE ESTERNE | |
|----------------------------|-----------------|
| Competenze di riferimento | Risorse esterne |
| | |

5. ALTRE INFORMAZIONI INERENTI IL PROFILO

| 5.1 TRACCIATO DEL PROFILO | | | |
|----------------------------------|--------------------|----------------|---------------|
| ORIGINE | AUTORE | DATA CREAZIONE | DATA MODIFICA |
| | ALESSANDRA ECHTNER | | |
| 5.2 NOTE | | | |
| | | | |
| 5.3 BIBLIOGRAFIA | | | |
| FONTE | | | |

3.5. SUPPORTO AMMINISTRATIVO

1. INFORMAZIONI GENERALI

| | |
|---|--|
| 1.1 DENOMINAZIONE | Supporto amministrativo |
| 1.2. ALTRE DENOMINAZIONI | Operatore di centrale |
| 1.3 SETTORE/I | Cooperazione sociale |
| 1.4 DESCRIZIONE | <p>Finalità. Figura di supporto al coordinatore del servizio di assistenza domiciliare, l'operatore di centrale si occupa prevalentemente di gestire le emergenze che possono manifestarsi nell'erogazione delle attività di assistenza. In particolare filtra le chiamate e le richieste che arrivano in sede da parte dei diversi attori coinvolti nel servizio, affrontando e risolvendo i problemi che ad essa fanno capo o attivando, quando necessario, il coordinatore. Alla figura spetta poi la gestione amministrativa del servizio e del personale (ore di intervento, operatori, rimborsi chilometrici, fatturazione del servizio, ecc.)</p> <p>Riferimenti giuridici.</p> <p>Contesti lavorativi possibili. La figura professionale fa parte del gruppo di coordinamento del servizio di assistenza domiciliare di grandi dimensioni.</p> <p>Tendenze evolutive possibili. Sono principalmente legate alle competenze di natura informatica in quanto la figura, per svolgere il proprio lavoro, utilizza sw dedicati oggetto di evoluzione ed aggiornamento.</p> |
| 1.5 BREVE DESCRIZIONE (PREREQUISITI) | |

2. DATI IDENTIFICATIVI DEL PROFILO

| | |
|--|--|
| 2.1 AREA PROFESSIONALE³⁴ | ATECO 85.32 “ASSISTENZA SOCIALE NON RESIDENZIALE” |
| 2.2. DENOMINAZIONE ISTAT³⁵ | |
| 2.3 CODICE ISTAT³⁶ | |
| 2.4. ALTRE DENOMINAZIONI ISTAT³⁷ | ASSISTENTE AMMINISTRATIVO COLLABORATORE AMMINISTRATIVO OPERATORE DI SEGRETERIA INFORMATIZZATO OPERATORE INFORMATIZZATO DELLA GESTIONE AZIENDALE |

³⁴ Secondo la versione del Decreto Ministro del lavoro 30 maggio 2001

³⁵ Idem

³⁶ Idem

³⁷ Idem

3. PROCESSI

| | | |
|--|---|--|
| 3.1 PROCESSO | Denominazione e breve descrizione: “Erogazione del servizio” Il processo ha come input il <i>piano di lavoro</i> , in base al quale si procede ad organizzare il personale coinvolto in termini di tempi e luoghi dell’assistenza. L’output del processo è rappresentato dalla persona assistita presso il proprio domicilio, che si ottiene attraverso l’erogazione continuativa del servizio di assistenza. Il processo di erogazione del servizio si articola in due fasi: <i>organizzazione delle risorse umane e realizzazione dell’assistenza domiciliare</i> . | |
| | INPUT del processo: Piano di lavoro | OUTPUT del processo Persona assistita presso il proprio domicilio |
| FASE 1 Organizzazione delle risorse umane | | |
| ATTIVITA’SVOLTE | | |
| Input dell’attività ↓ | ATTIVITA’ ↓ ³⁸ | Output dell’attività ↓ |
| - Programma di servizio - Metodi e tecniche di amministrazione e contabilità - Dati amministrativi elementari - SW dedicati all’amministrazione | Cura degli aspetti amministrativi del servizio e della gestione delle risorse umane | - Servizio amministrato secondo gli standard e le normative aziendali di riferimento |
| - Richiesta informazioni - Criticità operatori e soggetti esterni al servizio - Metodi e tecniche di problem solving | Raccolta e filtro delle richieste/criticità del servizio | - Richieste e criticità trattate in modo da garantire il servizio |

³⁸ Ad ogni attività, secondo il metodo di IL, corrisponde una competenza

| | | |
|---|--|---|
| 3.2 PROCESSO | Denominazione e breve descrizione: “Valutazione” Attua la valutazione in itinere ed ex post delle condizioni dell’utente; dell’adeguatezza e della competenza delle risorse umane impegnate nell’erogazione del servizio; della qualità del servizio e della rispondenza agli standard concordati con i servizi sanitari preposti. Il processo di valutazione si articola in tre fasi: <i>valutazione dell’utenza, valutazione delle risorse umane impiegate nel servizio, valutazione del servizio erogato.</i> | |
| | INPUT del processo: Attività di assistenza erogate agli utenti del servizio | OUTPUT del processo Report di valutazione del servizio erogato |
| FASE 3 Valutazione del servizio erogato | | |
| ATTIVITA’SVOLTE | | |
| Input dell’attività↓ | ATTIVITA’↓³⁹ | Output dell’attività↓ |
| - Regole e standard di riferimento per l’attività di monitoraggio - Attività di assistenza erogata agli utenti (nr. ore, nr. utenti) - Dati amministrativi (ore lavoro operatori, ferie, permessi, malattia) - Know how amministrativo | Produzione di informazioni utili alla presa di decisioni relative al servizio | - Rapporto sull’attività di assistenza erogata - Dati amministrativi |

³⁹ Idem

4. COMPETENZE

| 4.1.1 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | N* |
|--|--|--|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | |
| Curare | gli aspetti amministrativi del servizio di assistenza domiciliare e del personale | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito</i> - max 20 caratteri | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - curare gli adempimenti amministrativi inerenti la gestione del servizio - segnalare e apportare variazione al programma di svolgimento del servizio - verificare e inserire i dati amministrativi relativi al servizio in programmi informatici dedicati - trasferire informazioni utili alla redazione delle buste paga degli operatori - espletare le operazioni per la fatturazione del servizio alla committenza | | |
| CONOSCENZE max 60 caratteri | N* | ABILITA' max 60 caratteri |
| Programmi sw dedicati alla gestione amministrativo del servizio e dei principali programmi informatici | | Utilizzo di programmi informatici (pacchetto office) |
| Elementi di contabilità | | Utilizzo di programmi informatici per l'amministrazione del servizio |
| Elementi di lavoro dipendente e buste paga | | Applicazione di sistemi per la rilevazione e l'inserimento di dati in programmi informatici |
| Organizzazione e struttura della committenza | | Applicazione di procedure e format per trasferire dati e informazioni ad altri uffici ed enti |
| Organizzazione e struttura del servizio e dell'azienda | | Applicazione di normative, regole contabili e format per la redazione di fatture |
| Tecniche e strumenti di rappresentazione dei processi | | Applicazione di criteri di valutazione delle risorse disponibili per rispondere alle esigenze del servizio |
| Organizzazione e struttura del servizio e dell'azienda | | Applicazione di procedure e modalità di contatto con operatori |
| | | Applicazione di regole e procedure per l'amministrazione del personale |

* Segnalare, con una X, se la competenza o l'elemento sono nuovi, ossia non presenti nella banca profili.

| 4.1.2 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | | N* |
|---|---|--|----|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | | |
| Raccogliere e filtrare | le richieste/criticità del servizio e trattare quelle ricorrenti e di propria competenza | | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito</i> - max 20 caratteri | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - prendere le telefonate in entrata - valutare la natura delle richieste in arrivo - passare le informazione al coordinatore - trasferire al coordinatore richieste espresse dagli operatori in servizio - apportare eventuali variazioni al piano di lavoro - trovare soluzioni per problematiche/criticità gestibili senza l'intervento del coordinatore | | | |
| CONOSCENZE <i>max 60 caratteri</i> | N* | ABILITA' <i>max 60 caratteri</i> | N* |
| Tipologia e caratteristiche del target di riferimento | | Applicazione di criteri e metodi di analisi e valutazione delle richieste in arrivo al servizio | |
| Strategie di intervento in ambito sociale | | Applicazione di tecniche di problem solving | |
| Servizi socio-assistenziali pubblici e privati | | Applicazione di procedure e standard per apportare variazioni al piano di lavoro | |
| Teorie e processi relativi alla certificazione della qualità del servizio | | Applicazione di format e standard per la compilazione della modulistica relativa alla qualità servizio | |
| Struttura e organizzazione del servizio | | Applicazione di tecniche di mediazione nei rapporti con altre figure di riferimento | |
| Tecniche di problem solving | | Applicazione di procedure e sistemi per la attivazione di canali informativi adeguati alle esigenze del servizio | |
| Tecniche di mediazione | | Uso di sw e programmi informatici | |
| Programmi informativi dedicati | | | |
| Eventuali note: | | Eventuali note: | |

| 4.1.3 COMPETENZA/ATTIVITA' CHIAVE | | N* | |
|---|---|---|----|
| DENOMINAZIONE: <i>essere in grado di ...</i> | | | |
| Produrre | informazioni e documentazione utili alla presa di decisioni relative al servizio | | |
| ↑ <i>Verbo di azione all'infinito</i> - max 20 caratteri | ↑ <i>Oggetto (output + eventuali specificazioni) – max 80 caratteri</i> | | |
| DESCRIZIONE: <i>per mettere in atto la competenza occorre sapere come...</i> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - tenere sotto controllo i dati relativi all'erogazione del servizio - produrre documentazione per la valutazione degli aspetti quantitativi del servizio - verificare le informazioni immesse nel programma di gestione del servizio - segnalare criticità di ordine amministrativo nell'erogazione del servizio - compilare modulistica e documentazione ad hoc - stendere eventuale reportistica circa gli andamenti del servizio | | | |
| CONOSCENZE <i>max 60 caratteri</i> | N* | ABILITA' <i>max 60 caratteri</i> | N* |
| Principali programmi informatici e sw dedicati | | Uso dei principali programmi informatici | |
| Struttura e organizzazione del servizio | | Applicazione di procedure e sistemi per elaborare documentazione relativa alla gestione amministrativa del servizio | |
| Organigramma e ruoli e funzioni di coloro che sono coinvolti a vario titolo nel servizio | | Applicazione di regole e sistemi di verifica in tempo reale dell'erogazione del servizio | |
| Elementi di contabilità | | Applicazione di format e standard per la compilazione di report e modulistica per la valutazione del servizio | |
| Procedure e sistemi per la registrazione dei dati e delle informazioni prodotte dalla gestione del servizio | | Uso di sw dedicati per la gestione del servizio | |
| Modulistica relativa alla valutazione del servizio | | | |
| Eventuali note: | | Eventuali note: | |

* Segnalare, con una X, se la competenza o l'elemento sono nuovi, ossia non presenti nella banca profili.

| 4.2 COMPORAMENTI (riferiti all'insieme delle competenze) | | N* |
|---|--|----|
| Flessibilità e adattabilità mentale | | |
| Pragmatismo | | |
| Gestire simultaneamente più compiti e attività | | X |
| Prendere decisioni rapidamente | | X |
| Adattarsi alle urgenze e rispettare le scadenze | | X |
| Adeguarsi a metodi, procedure, regole di lavoro | | X |

| 4.3 RISORSE ESTERNE | |
|----------------------------|-----------------|
| Competenze di riferimento | Risorse esterne |
| | |

5. ALTRE INFORMAZIONI INERENTI IL PROFILO

| 5.1 TRACCIATO DEL PROFILO | | | |
|----------------------------------|--|----------------|---------------|
| ORIGINE | AUTORE | DATA CREAZIONE | DATA MODIFICA |
| | GLENDIA GALEOTTI ALESSANDRA ECHTNER | | |
| 5.2 NOTE | | | |
| | | | |
| 5.3 BIBLIOGRAFIA | | | |
| FONTE | | | |
| FONTE | | | |