

# PROGETTO ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO

CONCEZIONE COMUNE DI PRESA A CARICO

PRINCIPI, CONTENUTI, MODALITÀ D'APPLICAZIONE

LINEE GUIDA PER I SACD

CESIRA CHIESA, FABIO MAESTRINI, NICOLETTA MARIOLINI,  
NUNZIA ORLANDO, CLAUDIO SANVIDO, LUANA ZOCCHETTI

DOS/DAS/SEZIONE DEL SOSTEGNO A ENTI E ATTIVITÀ SOCIALI

MARZO 2001

INTRODUZIONE.....	3
<i>La missione dell'assistenza e la cura a domicilio.....</i>	3
<i>La necessità di una concezione comune di presa a carico.....</i>	3
I PRINCIPI DELLA CONCEZIONE COMUNE DI PRESA A CARICO .....	4
I CONTENUTI DELLA CONCEZIONE COMUNE DI PRESA A CARICO: UTENZA E TIPO DI PRESTAZIONI.....	5
<i>Utenza di riferimento .....</i>	5
<i>Prestazioni di riferimento .....</i>	5
<i>Prestazioni indirette per una gestione efficace, efficiente e coordinata del caso (realizzate in assenza dell'utente) .....</i>	5
<i>Prestazioni dirette per una gestione efficace, efficiente e coordinata del caso (realizzate in presenza dell'utente) .....</i>	6
LE MODALITÀ D'APPLICAZIONE DELLA CONCEZIONE COMUNE DI PRESA A CARICO.....	7
<i>Lavoro d'équipe e lavoro di rete (lavoro interdisciplinare e intersettoriale).....</i>	7
<i>Valutazione multidimensionale dei bisogni dell'utente e coordinamento degli interventi.....</i>	8
<i>Contratto .....</i>	8
<i>Introduzione di sistemi di management di qualità .....</i>	8
IL RUOLO DELL'EQUIPE POLIVALENTE: LINEE GUIDA DI DELEGHE, RESPONSABILITÀ, COMPETENZE.....	8
<i>Le condizioni preliminari al funzionamento dell'équipe polivalente .....</i>	9
<i>Il ruolo determinante della Direzione e dei capi-équipes del SACD .....</i>	9
<i>Il funzionamento ideale dell'équipe polivalente .....</i>	10
IL RUOLO DEL CAPO EQUIPE: VERIFICA DEL CAPITOLATO D'ONERI.....	10
<i>Obiettivi generali .....</i>	10
<i>Obiettivi specifici.....</i>	11
CONCLUSIONE .....	12

## **INTRODUZIONE<sup>1</sup>**

### ***La missione dell'assistenza e la cura a domicilio<sup>2</sup>***

L'assistenza e la cura a domicilio appartengono ad un sistema che riconosce ai cittadini una *responsabilità* personale e collettiva in materia di salute e un *diritto* a restare e a farsi seguire in un ambiente a loro familiare, a condizione che esso sia accettabile.

Nel concretizzare a livello operativo tale orientamento, il servizio di assistenza e cura a domicilio (SACD) ha come missione principale quella di fare in modo che la sua utenza sia in grado di fornire la risposta più adeguata ai propri bisogni sociosanitari, sia a titolo individuale che collettivo, in funzione delle proprie potenzialità e ciò con lo scopo di renderla e mantenerla il più indipendente possibile dalle strutture sociosanitarie stazionarie (per brevi o lunghi soggiorni).

Nel contempo, il SACD svolge un'attività d'interesse pubblico. Ciò significa che:

- l'attività del SACD è vicina al suo bacino d'utenza (principio di prossimità);
- l'attività del SACD è sempre facilmente accessibile a tutti i cittadini (principio di accessibilità);
- il SACD ha l'obbligo di ricevere e trattare ogni domanda in modo equo (principio d'equità), senza possibilità di scelta della sua clientela (come può avvenire nel settore privato).

Il Cantone ha la responsabilità d'integrare la politica di assistenza e cura a domicilio nella politica globale sociosanitaria e di fare in modo che i principi di prossimità, accessibilità ed equità siano rispettati a livello cantonale.

### ***La necessità di una concezione comune di presa a carico***

La missione dell'assistenza e della cura a domicilio si concretizza quindi tramite azioni effettuate sia a livello regionale che a livello cantonale.

Essa si concretizza anche grazie all'intervento di numerose figure sociosanitarie il cui operato converge progressivamente dapprima verso un intervento d'équipe, poi verso un intervento di rete.

Il ruolo centrale dell'assistenza e cura a domicilio nella politica sociosanitaria, il mandato d'interesse pubblico del SACD e l'intervento di numerosi attori necessitano la definizione di un quadro di riferimento comune ai diversi livelli.

I lavori svolti nell'ambito della sperimentazione permettono oggi di tracciare la prima versione delle linee guida per una concezione comune di presa a carico e per le sue modalità di applicazione, passi essenziali per assicurare:

- Coerenza nelle azioni.
- Qualità delle prestazioni.
- Coesione tra gli operatori.

---

<sup>1</sup> Il presente documento è stato realizzato a partire dai risultati dell'esperienza delle équipes della regione pilota del Mendrisiotto e Basso Ceresio che integrano anche i contenuti sviluppati in due moduli formativi sull' "accompagnamento al processo di cambiamento" (P. Gander; A. Nuzzo e F. Pirozzi). Inoltre ci si è ispirati alle pubblicazioni seguenti:

- *Aide et soins à domicile en Suisse romande, Berne et Tessin. Mesure de la charge de travail*, ISP, Lausanne, 1996.
- *Manuel sur la qualité*, Association suisse des services d'aide et soins à domicile, Berne, 8.2000.
- *Politique d'aide et de soins à domicile du Canton de Vaud*, OMSV, Lausanne, 2000.

<sup>2</sup> Tratto da *Aide et soins à domicile en Suisse romande, Berne et Tessin. Mesure de la charge de travail*, ISP, Lausanne, 1996, pp.18-19.

## I PRINCIPI DELLA CONCEZIONE COMUNE DI PRESA A CARICO

Oltre ai principi di *prossimità*, di *accessibilità* e di *equità* soggiacenti al mandato d'interesse pubblico del SACD e al mandato più generale del Cantone, il *principio dell'autonomia* costituisce il fondamento di una concezione comune di presa a carico. Esso si traduce nel fatto che le prestazioni di assistenza e cura a domicilio promuovono, mantengono o ristabiliscono lo stato di salute bio-psico-sociale dell'individuo mirando al massimo recupero e al mantenimento dell'autonomia, principio sancito dalla LACD (art. 1, sussidiarietà rispetto alle risorse personali)<sup>3</sup>. In tal modo l'assistenza e la cura a domicilio rappresentano una valida alternativa ad eventuali ricoveri "impropri".

Come l'offerta di prestazioni di assistenza e cura a domicilio è sussidiaria rispetto alle risorse personali dell'individuo, così essa lo deve essere anche rispetto alle sue risorse familiari. Il *principio di sussidiarietà*, sancito dalla LACD (art. 1, cpv 2), è pure alla base di una concezione comune di presa a carico.

La famiglia e l'entourage del soggetto fragile giocano un ruolo fondamentale nel raggiungimento degli obiettivi della presa a carico a domicilio.

È opportuno ricordare che questo principio è rispettato realizzando due azioni simultanee. La prima scaturisce dalle competenze dell'unità operativa del SACD: l'analisi approfondita delle risorse primarie (famiglia, vicini e conoscenti) rispetto alle loro potenzialità; la seconda scaturisce dalle competenze del Cantone: l'erogazione del sussidio diretto per il mantenimento a domicilio.

Principio basilare per una concezione comune di presa a carico è *la presa a carico globale* che deve garantire l'assistenza continuativa al soggetto fragile sia in seno al SACD, sia tra il SACD e gli altri attori. Essa deve poggiare su una valutazione multidimensionale dei bisogni.

Altro principio essenziale per una concezione comune di presa a carico: *il coordinamento* degli interventi dei singoli operatori, dei singoli servizi e quindi delle risorse disponibili sul territorio. Questo principio rappresenta il perno dei cambiamenti prospettati dalla LACD. Esso si concretizza con la messa in pratica dell'intervento d'équipe e di quello di rete, nel rispetto del lavoro interdisciplinare e intersettoriale.

*Etica e qualità* racchiudono infine i principi indicati più sopra. Per un uso appropriato di questi termini, è opportuno distinguere tre livelli<sup>4</sup>:

- un livello giuridico che definisce le istanze necessarie per la vigilanza sulla corretta applicazione della legge (vie legali, vie di ricorso, vie amministrative, ecc.);
- un livello legato all'approccio della qualità che stabilisce il controllo di qualità rispetto alla gestione e all'organizzazione del SACD, all'erogazione delle prestazioni, alle relazioni del SACD con l'esterno e nell'ambito del sistema di finanziamento;
- un livello etico che definisce l'universo dei valori individuali, professionali, culturali, ecc.

La riflessione etica s'imporrebbe quando per esempio i valori di riferimento per l'utente di un servizio entrano in conflitto con quelli dei professionisti che garantiscono la presa a carico. Tale riflessione dovrà poggiare su un dialogo volto a determinare innanzitutto il giusto livello (giuridico, di qualità, etico) all'origine del conflitto. La decisione che ne scaturirebbe non corrisponderà necessariamente a quanto auspicato dai professionisti o dall'utente: essa dovrà fare l'oggetto di un contratto che specifica chiaramente gli impegni degli uni e degli altri rispetto alla soluzione di compromesso.

Infine, va ricordato che il rispetto di tutti i principi soggiacenti a una concezione comune di presa a carico è volto a garantire un intervento efficace, efficiente e coordinato (art. 9).

---

<sup>3</sup> Questo principio si riferisce pure alle definizioni tratte da *Aide et soins à domicile en Suisse romande, Berne et Tessin. Mesure de la charge de travail*, ISP, 1996, pp.18-19.

<sup>4</sup> Tratto da *Politique d'aide et de soins à domicile du Canton de Vaud*, OMSV, 2000, pp. 39-41.

## **I CONTENUTI DELLA CONCEZIONE COMUNE DI PRESA A CARICO: UTENZA E TIPO DI PRESTAZIONI**

### ***Utenza di riferimento***

Secondo la LACD (art. 2) “*le persone singolarmente, o le comunità domestiche per un loro membro, compatibilmente con le risorse esistenti sul territorio, possono beneficiare dell’assistenza e della cura a domicilio ai sensi di questa legge per malattia, infortunio, disabilità, maternità, vecchiaia o difficoltà socio-familiari*”.

In tal senso la legge introduce il criterio di universalità, poiché i diritti che essa sancisce si riferiscono ad una popolazione generale (uguale diritto di accesso, senza alcuna distinzione di età, sesso, condizione sociali o altri fattori discriminanti) che può usufruire di un intervento di breve o lunga durata (assistenza puntuale o continuativa).

Ciò permette d’individuare le categorie dell’utenza di riferimento del SACD, segnatamente:

- persone anziane dipendenti;
- persone in fin di vita (per esempio: casi terminali che necessitano cure palliative);
- persone affette da malattie degenerative;
- persone con handicap fisici permanenti;
- persone con handicap momentanei (incidenti, dimissione da strutture ospedaliere, ecc.);
- persone con problemi dello stato cognitivo;
- persone con handicap mentali;
- persone che rischiano di perdere la loro autonomia (gradualmente o improvvisamente);
- donne in gravidanza a rischio, donne in fase pre-parto, donne in fase post-parto;
- genitori-bambini: assistenza alla famiglia e all’infanzia;
- famiglie in situazioni di crisi con bisogno d’aiuto per la cura ai bambini o per la cura ad altri membri del nucleo familiare.

### ***Prestazioni di riferimento***

Le prestazioni di assistenza e cura a domicilio consistono “*nelle prestazioni temporanee o durature, preventive o riabilitative, eseguite presso l’abitazione dell’utente e finalizzate a mantenervelo*” (LACD, art.3).

In particolare:

- a) cure medico-terapeutiche;
- b) cure di base;
- c) aiuti di economia domestica;
- d) consulenza igienica, sanitaria e sociale;
- e) informazione e attivazione delle risorse disponibili sul territorio;
- f) educazione e prevenzione sanitaria.

Le prestazioni del SACD possono essere specificate come segue:

*Prestazioni indirette per una gestione efficace, efficiente e coordinata del caso (realizzate in assenza dell’utente):*

- registrazione, primo esame e valutazione dei bisogni al momento della richiesta (compresa la compilazione della cartella dell’utente);
- elaborazione interdisciplinare del progetto di presa a carico;
- rivalutazione del caso e aggiornamento della cartella dell’utente;
- aggiornamento della cartella dell’utente (anamnesi e decorso);
- coordinamento dell’intervento in seno all’équipe, in seno alla rete delle risorse primarie, in seno alla rete delle risorse secondarie;
- orientamento del caso verso l’esterno: valutazioni e prese a carico congiunte; organizzazione di prese a carico da realizzare unicamente da attori esterni; organizzazione di ricoveri temporanei o duraturi;

- attivazione di servizi d'appoggio o di servizi semi-stazionari (p.e.: soggiorni temporanei, appartamenti protetti, ecc.) ;

*Prestazioni dirette per una gestione efficace, efficiente e coordinata del caso (realizzate in presenza dell'utente):*

- primo esame e valutazione dei bisogni al momento della richiesta (compresa la compilazione della cartella dell'utente);
- elaborazione interdisciplinare del progetto di presa a carico;
- stipulazione di un contratto SACD-utente;
- cure infermieristiche;
- cure di base (attività di base della vita quotidiana);
- attività domestica (attività strumentali della vita quotidiana);
- sostegno, accompagnamento, insegnamento (mantenimento dell'autonomia, in caso di cambiamento della situazione, in fase di lutto nell'ambito delle cure palliative);
- consulenza, informazione;
- prevenzione presso la popolazione, presso categorie specifiche di utenti seguiti o potenziali.

Alle prestazioni indirette e dirette vanno ancora aggiunte le *prestazioni amministrative volte alla gestione efficiente del servizio* (gestione del personale; pianificazione delle risorse; contabilità e fatturazioni; ecc.), come pure il tempo dedicato alle *trasferte*.

Le prestazioni avvengono nel rispetto dei diritti individuali sanciti dagli artt. 5 e segg. della legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario. L'individuo e la sua libertà di scelta sono infatti al centro del sistema. Gli interventi, la cui finalità è il benessere dell'utente, sottostanno quindi a principi fondamentali, quali:

- il rispetto dei valori, delle credenze, delle abitudini e delle scelte dell'individuo;
- la considerazione di tutte le dimensioni della persona e del suo ambiente (approccio globale);
- il coinvolgimento dell'individuo quale parte attiva nella definizione dei bisogni, nell'elaborazione del progetto d'intervento, nella decisione relativa alla pianificazione dell'intervento e nella sua realizzazione;
- la trasparenza nei confronti dell'utente che ha il diritto di ottenere tutte le informazioni che lo concernono.

➤ I contenuti della concezione comune di presa a carico – il tipo d'utenza e il tipo di prestazioni di riferimento – rappresentano i punti di partenza per stabilire le condizioni necessarie ad un intervento adeguato, ossia:

- lo sviluppo di una cultura comune;
- la coesione etica degli operatori;
- l'orientamento degli operatori nella loro attività;
- l'inserimento e l'orientamento degli operatori nel lavoro in équipe;
- l'inserimento e l'orientamento degli operatori nel lavoro multisettoriale (intervento di rete);
- la concezione di accompagnamento pedagogico rispetto al curriculum professionale;
- l'elaborazione di programmi di formazione;
- l'elaborazione di strumenti di lavoro;
- la preparazione dei mansionari;
- l'integrazione del nuovo personale.

## LE MODALITÀ D'APPLICAZIONE DELLA CONCEZIONE COMUNE DI PRESA A CARICO

### *Lavoro d'équipe e lavoro di rete (lavoro interdisciplinare e intersettoriale)*

La scelta strategica per la concretizzazione di un progetto di presa a carico globale, secondo un approccio multidimensionale, consiste nell'impostare il lavoro del SACD a partire dalla filosofia dell'équipe polivalente.

Ciò sviluppa nuove modalità di lavoro, dove la comunicazione e le decisioni prese in gruppo, gli scambi delle conoscenze e delle competenze portano i vari professionisti a definire una cultura comune, generando un risultato collettivo superiore al prodotto individuale.

Il cuore di questo cambiamento risiede non solo nell'esistenza dell'équipe polivalente, ma anche nella definizione del suo ruolo e del suo funzionamento. Alcune condizioni sono d'obbligo per il raggiungimento di questo obiettivo:

- aderire al progetto ACD e ai suoi obiettivi generali;
- conoscere ed accettare la filosofia soggiacente all'interdisciplinarietà;
- essere in chiaro sulla propria identità professionale;
- conoscere e riconoscere la specificità di ciascuna figura professionale, di ciascun operatore, di ciascun attore che opera sul territorio;
- acquisire e sviluppare un linguaggio comune (comunicare e comprendere);
- accettare le regole dell'équipe.

Le riunioni sono momenti essenziali per l'équipe. Esse possono avere contenuti di natura diversa. Il successo e l'efficacia di questo strumento di lavoro sta nel determinare in anticipo il tipo di riunione, il suo contenuto, i suoi obiettivi e i partecipanti.

Dall'esperienza pilota si delineano i tipi di riunioni seguenti: riunioni informative/amministrative; riunioni per la gestione del processo di ammissione e di valutazione delle richieste; riunioni ad hoc volte all'accompagnamento pedagogico e alla supervisione dell'équipe.

All'origine di questa modalità operativa si trova la conduzione delle risorse umane, in particolare dell'équipe. La capacità di valorizzare le dimensioni proprie ad ogni singolo operatore accresce la possibilità di ottenere risultati collettivi superiori al prodotto individuale. A tal fine, ogni operatore deve sapere sviluppare<sup>5</sup>:

- un'adeguata relazione d'assistenza;
- la capacità ad assumere responsabilità;
- la capacità ad assumere rischi.

La gestione di queste tre dimensioni è fondamentale in un settore caratterizzato da una relazione "solitaria" professionista-utente. Malgrado l'esistenza di un approccio interdisciplinare, che tramite la supervisione fornisce elementi indispensabili per l'organizzazione adeguata dell'intervento, il professionista opera spesso solo a domicilio. Ciò richiede una maggior capacità d'ascolto, di comprensione e di negoziazione rispetto a professionisti che operano in altri settori sociosanitari. Anche la capacità d'osservazione deve essere più sviluppata: il professionista deve essere in grado di decidere in fretta di fronte a cambiamenti repentini della situazione e saper attivare rapidamente le risorse necessarie per realizzare una rivalutazione e per aggiornare il piano d'intervento.

L'esistenza di équipes polivalenti che operano secondo il principio di presa a carico globale interdisciplinare e intersettoriale rappresenta la base sui cui poggia anche la filosofia dello strumento di valutazione multidimensionale dei bisogni dell'utente e di coordinamento degli interventi.

---

<sup>5</sup> Tratto da *Politique d'aide et de soins à domicile du Canton de Vaud*, OMSV, 2000, pp. 32-33.

## ***Valutazione multidimensionale dei bisogni dell'utente e coordinamento degli interventi<sup>6</sup>***

Questa modalità d'applicazione della concezione comune della presa a carico, che si concretizza tramite l'adozione del TI-DOCC, permette di rispettare tutti i principi evocati nei capitoli precedenti.

Il TI-DOCC permette di verificare il grado di accessibilità del servizio e delle prestazioni da lui offerte, ma soprattutto permette di introdurre processi uniformi che favoriscono il trattamento equo delle richieste e la gestione equa dei casi valutati e seguiti, secondo il principio di presa a carico globale interdisciplinare e intersettoriale.

Sempre grazie all'uso del TI-DOCC possono essere rispettati i principi di autonomia e di sussidiarietà delle risorse personali e familiari. Infatti i suoi moduli permettono un'analisi approfondita delle rispettive potenzialità, tracciando la cornice dell'autonomia (bilancio tra capacità e dipendenza).

Dall'approccio sistemico del TI-DOCC e dal processo soggiacente risulta pure il coordinamento implicito ed esplicito degli interventi.

### ***Contratto***

L'adozione di un contratto SACD-utente riflette la volontà di coinvolgere attivamente l'individuo e la sua sfera familiare nella definizione dei bisogni, nell'elaborazione del progetto di presa a carico e nella decisione relativa alla pianificazione dell'intervento.

Inoltre, esso permette di meglio identificare i livelli relativi alle dimensioni dell'etica e della qualità. Infine fornisce uno strumento per gestire le problematiche inerenti la protezione dei dati.

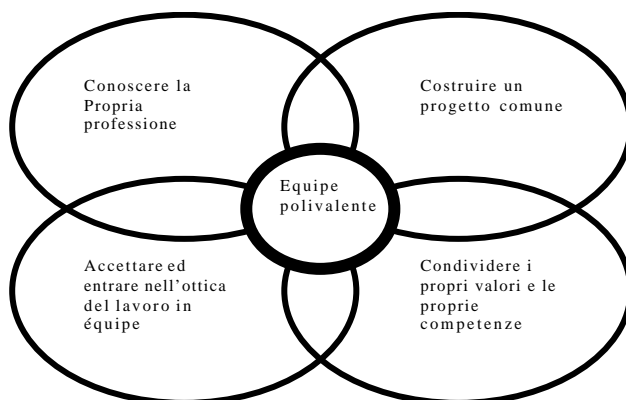
### ***Introduzione di sistemi di management di qualità***

Questo strumento, che figura tra gli obiettivi prioritari pianificatori, racchiude tutte le modalità d'applicazione evocate qui sopra.

L'approccio alla qualità stabilisce il controllo di qualità rispetto alla gestione e all'organizzazione del SACD, all'erogazione delle prestazioni, alle relazioni del SACD con l'esterno e nell'ambito del sistema di finanziamento.

## **IL RUOLO DELL'EQUIPE POLIVALENTE: LINEE GUIDA DI DELEGHE, RESPONSABILITÀ, COMPETENZE**

L'esperienza pilota permette d'illustrare la competenza dell'équipe polivalente nel modo seguente:



---

<sup>6</sup> TI-DOCC & RAI-HC, *Manuale per l'uso*, vers.1.0/30.01.01, DOS/DAS/SSEAS,CH-Bellinzona, 2001.

TI-DOCC-maternità e infanzia (MI), *Manuale per l'uso*, vers.1.0/30.01.01, DOS/DAS/SSEAS,CH-Bellinzona, 2001.



Secondo la LACD (art. 20) “L’unità operativa è costituita da un’équipe polivalente composta almeno da operatori/trici appartenenti ad ognuna delle seguenti categorie professionali:

- infermiere/a;
- aiuto familiare;
- ausiliario/a dell’assistenza a domicilio.”

Un “intervento efficace, efficiente e coordinato” (LACD, art. 9) presuppone quindi che all’interno del SACD operino delle équipes polivalenti, dotate di uno strumento di lavoro pluridisciplinare.

La condivisione di una cultura comune, la conoscenza delle proprie competenze da parte di ciascuna delle figure professionali come pure quelle delle altre figure professionali dell’équipe, la definizione di un progetto comune, rappresentano le componenti della competenza dell’équipe medesima che è sicuramente superiore della somma delle singole competenze individuali.

### ***Le condizioni preliminari al funzionamento dell’équipe polivalente***

L’applicazione di un lavoro in équipe presuppone l’esistenza di alcune regole fondamentali che devono essere conosciute e condivise da ogni operatore:

- Conoscere la propria professione: l’operatività pluridisciplinare favorisce la creazione di un clima di fiducia e di rispetto, che si basa sulla complementarità dei ruoli. Il raggiungimento di questo risultato presuppone di aver ben definito il proprio campo specifico, le proprie competenze, le zone comuni, la formazione necessaria per la definizione del proprio ruolo, ed il proprio progetto professionale.
- Condividere i propri valori e le proprie competenze: la condivisione dei valori e delle competenze presuppone che i propri valori professionali siano condivisi e che quelli altrui siano rispettati, il campo specifico di ognuno deve essere conosciuto ed integrato.
- Accettare ed entrare nell’ottica del lavoro in équipe: questo significa che ognuno deve accettare il processo di apprendimento, devono essere definite le regole di funzionamento, le procedure della presa di decisione comune (motivazione della partecipazione all’attività dell’équipe) devono essere stabilite. Questo crea delle condizioni favorevoli alla pratica interdisciplinare (spirito d’équipe).
- Costruire un progetto comune: condividere un progetto comune implica inizialmente l’esistenza di una visione comune del lavoro in équipe. Ciò comporta la definizione delle procedure di lavoro, la definizione e il controllo della qualità prospettata, l’introduzione di strumenti che permettano d’identificare i problemi e le aree d’intervento prioritari e di trovare le soluzioni secondo l’approccio del problem solving, la determinazione di obiettivi gerarchizzati nel tempo.

### ***Il ruolo determinante della direzione e dei capi-équipes del SACD***

In seno al SACD e alle stesse équipes deve essere condiviso e attuato *il principio di autonomia e di empowerment dell’operatore*. Le tappe prospettate per il raggiungimento dell’empowerment sono:

1. Informare.
2. Consultare.
3. Condividere le decisioni.
4. Delegare.
5. Responsabilizzare.

La direzione e i capi-équipes del SACD giocano un ruolo determinante per la realizzazione di tale processo. Esso è pure fondamentale per la corretta scelta delle risorse umane, la definizione e l’individuazione dei bisogni di formazione continua, la supervisione all’attività dell’équipe, e il sostegno agli operatori.

### ***Il funzionamento ideale dell'équipe polivalente***

Il funzionamento ideale di un'équipe polivalente poggia sui principi operativi seguenti (alcuni di essi indicati nella stessa LACD):

- Ogni unità operativa è diretta da un capo-équipe che vigila affinché gli interventi dei vari operatori avvengano in modo coordinato e razionale (art. 21). Il capo-équipe sovrintende affinché sia concluso un accordo con l'utente, che prevede un progetto d'intervento secondo una presa a carico globale (art. 22 cpv. 2).
- Alle discussioni ed all'elaborazione dei progetti d'intervento partecipano tutti i membri dell'équipe pluridisciplinare. Ognuno ha il dovere di trasmettere le informazioni necessarie per l'elaborazione del progetto e per la sua realizzazione.
- Il capo-équipe, in collaborazione con i membri dell'équipe, designa una persona di riferimento per il caso (Case manager); quest'ultima ha il compito di presentare il dossier dell'utente e l'evoluzione della situazione.
- L'assegnazione degli interventi viene effettuata tenendo in considerazione le competenze e le capacità professionali degli operatori, rispettando comunque il criterio di razionalità economica.
- Gli obiettivi stabiliti dal progetto di presa a carico devono essere raggiunti tramite le decisioni e le azioni intraprese dall'équipe.
- Ogni operatore è responsabile dell'esecuzione dei propri atti professionali. Il capo-équipe controlla e si assicura che il processo d'intervento sia rispettato.
- In caso di delega deve sempre essere osservato il principio di qualità dell'intervento.

### **IL RUOLO DEL CAPO EQUIPE: VERIFICA DEL CAPITOLATO D'ONERI**

Il progetto pilota, oltre a fornire gli elementi della prima versione di linee guida per una concezione comune di presa a carico e per il ruolo dell'équipe polivalente, permette anche una prima verifica del capitolato del capo-équipe.

Alla luce dei risultati che emergono direttamente dalla sperimentazione è quindi possibile proporre un mansionario-tipo del capo-équipe che conferma nelle grandi linee i contenuti elaborati e proposti dal DOS (lettera del **XXX**) e parzialmente ripresi dalla maggior parte dei SACD nei bandi di concorso al momento della nomina di questa nuova figura.

#### ***Obiettivi generali***

Nell'ambito degli obiettivi di promozione della salute e del mantenimento a domicilio, il CE:

- collabora con la Direzione e gli altri organismi del Servizio nel raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Legge sull'assistenza e cura a domicilio del 16 dicembre 1997 e dal relativo regolamento d'applicazione del 27 ottobre 1999, come pure nel raggiungimento degli obiettivi fissati dalla pianificazione cantonale;
- agisce applicando il concetto della presa a carico globale e assicura un'adeguata risposta alle richieste della popolazione, così come garantisce la qualità delle prestazioni fornite;
- organizza l'équipe secondo gli obiettivi e le direttive della Direzione;
- assicura la gestione delle risorse umane, conformemente alla politica del personale elaborata dal Servizio, come pure l'utilizzazione ottimale dei mezzi assegnati ai collaboratori dalla Direzione;
- vigila sulla ripartizione e l'utilizzazione delle risorse disponibili prestando attenzione che venga mantenuto un equilibrio tra i bisogni e le prestazioni nel rispetto del rapporto costo-efficacia;
- aggiorna regolarmente la Direzione del Servizio sull'organizzazione dell'attività nella zona di intervento;
- propone l'adozione di direttive intese a migliorare l'offerta del Servizio tenendo conto del principio d'economicità;
- partecipa all'elaborazione dei preventivi e del rapporto d'attività relativi all'attività della sua unità operativa, alla loro gestione e controllo.

## ***Obiettivi specifici***

### *Utenza e prestazioni*

Con lo scopo di assicurare all'utenza delle prestazioni di qualità, il CE:

- considera, nell'ambito della presa a carico, l'utente come un partner;
- è attento al seguito dato alle richieste degli utenti e alla loro evasione;
- verifica il grado di soddisfazione, riceve i reclami e fornisce una risposta adeguata agli utenti entro breve termine, salvo che la competenza non sia attribuita ad altro Servizio o persona;
- favorisce il lavoro per obiettivi e lo sviluppo della pratica interdisciplinare;
- propone le misure necessarie, preventive e/o correttive, per il raggiungimento degli obiettivi;
- organizza incontri regolari e assicura gli scambi necessari con gli attori della rete socio sanitaria per favorire il corretto passaggio delle informazioni;
- è responsabile della presa a carico di nuovi utenti, e garantisce una rivalutazione periodica dei casi seguiti;
- organizza il servizio agli utenti in modo coerente, efficace ed economico, evitando il sovrapporsi di interventi;
- è responsabile affinché venga mantenuto il contatto regolare con gli utenti e i familiari garantendo il passaggio delle informazioni;
- vigila costantemente sull'attività degli operatori dell'équipe e valuta le prestazioni fornite dai collaboratori dell'équipe agli utenti;
- in caso di bisogno può eseguire cure presso gli utenti.

### *Gestione risorse umane*

- è responsabile dell'operato di tutti i collaboratori della zona di sua competenza;
- vigila sull'allestimento del piano di lavoro settimanale, compreso eventuali picchetti, garantendo una copertura adeguata ai bisogni attraverso una corretta pianificazione delle vacanze, congedi, ecc.;
- verifica l'attività e la gestione del tempo di lavoro dei collaboratori;
- sostiene e accompagna i collaboratori nell'attività quotidiana;
- stimola e motiva i collaboratori nella loro attività per migliorare le loro conoscenze e competenze;
- favorisce l'autonomia dei collaboratori: assunzione di responsabilità, di decisioni e di iniziative;
- introduce i nuovi collaboratori, e gli allievi presso le persone di riferimento;
- garantisce il necessario appoggio, formazione ed informazione ai nuovi collaboratori e agli allievi;
- attribuisce compiti particolari ai collaboratori;
- mantiene contatti regolari con la Direzione e gli altri CE del comprensorio;
- organizza settimanalmente riunioni con i suoi collaboratori;
- elabora criteri d'assunzione;
- seleziona e propone il personale da assumere.

### *Formazione personale e dei collaboratori*

- sostiene la Direzione nell'elaborazione dei progetti di formazione permanente in funzione dei bisogni del servizio;
- si aggiorna costantemente e segue i corsi necessari in funzione dei bisogni personali e dell'équipe;
- assicura che i progetti di formazione individuali siano definiti periodicamente.

### *Ricerca, mandati e progetti*

- partecipa all'elaborazione delle direttive istituzionali secondo le norme professionali e alla qualità dei servizi offerti;
- assicura l'esecuzione di mandati specifici dati dalla Direzione;
- propone e/o partecipa alla ricerca di soluzioni mirate a migliorare la qualità delle prestazioni;
- partecipa allo sviluppo dei progetti nel campo della promozione della salute e delle cure a domicilio.

### *Relazioni con i collaboratori*

Elabora le necessarie regole di funzionamento per la messa in atto di un'organizzazione e informazione efficace e razionale:

- favorisce la collaborazione all'interno dell'équipe multidisciplinare;
- assicura la corretta e costante informazione ai collaboratori;
- cerca soluzioni a situazioni conflittuali, favorendo la coesione tra i collaboratori;
- organizza e anima le riunioni di lavoro interne.

### *Relazioni con i terzi*

- sviluppa e cura, nel quadro della politica socio sanitaria stabilita con la Direzione, le relazioni con le Autorità e le istanze locali, i servizi delle istituzioni sanitarie e medico-sociali;
- mantiene contatti regolari con i medici, con le strutture della rete socio-sanitaria (strutture stazionarie, enti di appoggio e di volontariato, ecc.);
- partecipa, su delega, a commissioni di studio o di lavoro;
- può essere chiamato a tenere corsi o conferenze in relazione alla sua attività;
- favorisce la corretta conoscenza del servizio tra la popolazione.

## **CONCLUSIONE**

Il presente documento getta le prime basi per una concezione comune di presa a carico, specificandone i principi, i contenuti, le modalità d'applicazione. L'esperienza dimostra quanto siano determinanti i ruoli della direzione e del capo-équipe in questo delicato processo di cambiamento.

Questo lavoro costituisce un altro passo indispensabile per la traduzione operativa degli orientamenti strategici – legali e pianificatori – e rappresenta anche un'ulteriore tappa volta all'introduzione dei sistemi di management della qualità.

Infine, fornisce un prezioso strumento di lavoro per lo svolgimento dei compiti che la legge e la pianificazione attribuiscono al cantone, all'ente gestore, all'unità operativa.